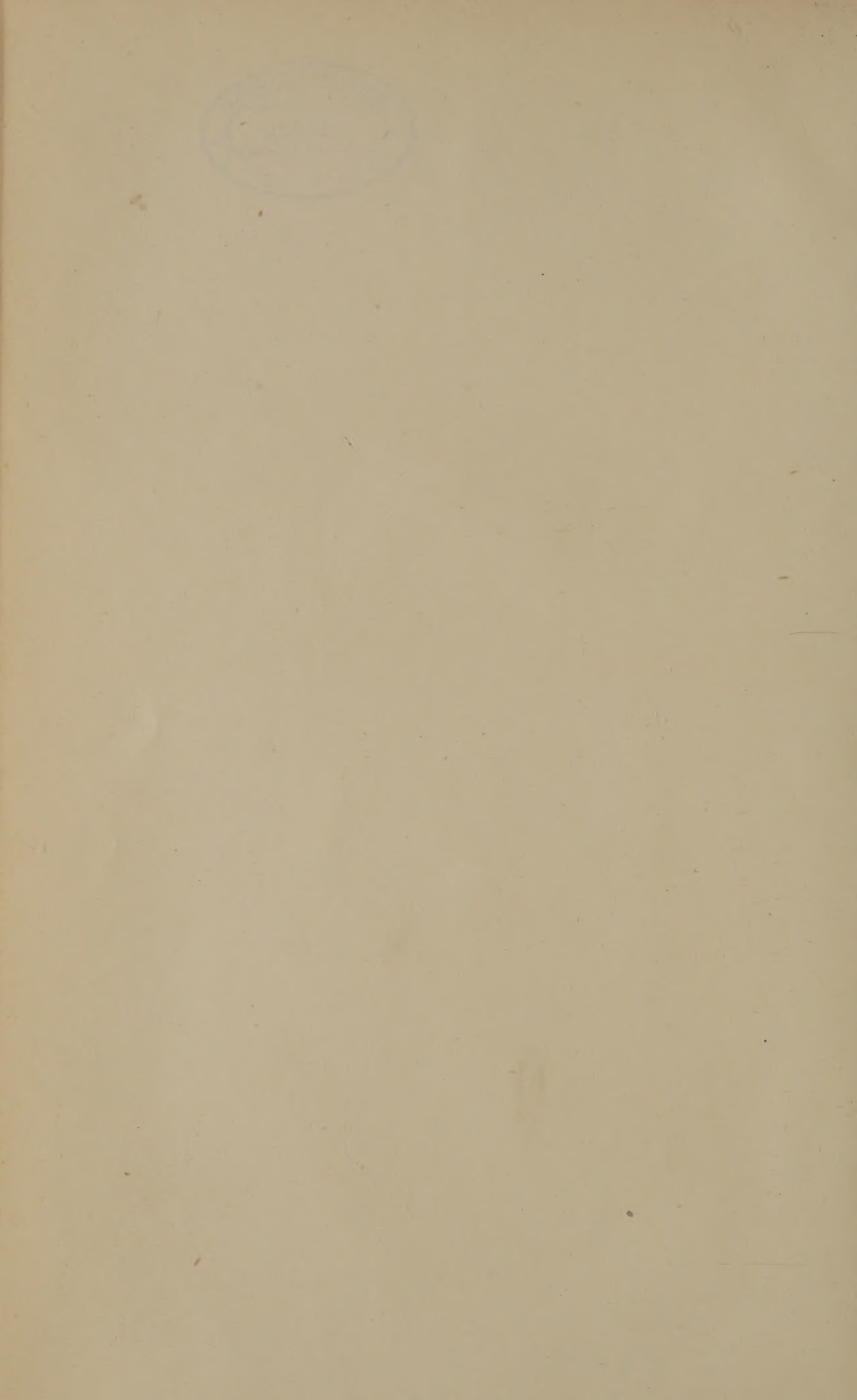



22500450918





REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

VINGT-DEUXIÈME ANNÉE

TOME XLIII

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1894

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XLIII

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

HYGIÈNE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

MALADIES DES ENFANTS.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Centrosome et « Dotterkern », par BALBIANI (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *avril* 1893).

Nous avons précédemment rendu compte du mémoire publié par Henneguy sur le corps vitellin (Dotterkern) de Balbiani (*R. S. M.*, XLIII, p. 11). C'est l'étude de ce même élément que reprend aujourd'hui Balbiani lui-même, en s'attachant à profiter des données les plus récentes des recherches cytologiques pour trouver les homologies qui rattachent le noyau vitellin à d'autres formations cellulaires. A son état complet de développement, ce noyau se compose d'une partie centrale, vésicule délicate, et d'une partie périphérique, constituée par des lamelles concentriques disposées en une sorte de capsule. La vésicule centrale est produite par le noyau de l'ovule, dont elle se détache de très bonne heure sous forme d'un minime bourgeon; autour de cette vésicule, la substance vitelline se condense sous forme d'une zone dense et homogène, dans laquelle de fines stries concentriques ne tardent pas à apparaître. Or, de même que dans l'ovule, on connaît dans le spermatozoïde un *noyau accessoire* (Nebenkern) qui, à tous égards, présente les plus grandes analogies de structure avec le noyau vitellin; comme celui-ci, il provient du noyau de la cellule, c'est-à-dire, dans l'espèce, du noyau du spermatoblaste.

D'autre part, d'après ce que nous venons de dire de la formation des couches périphériques du noyau vitellin, on a vu que le noyau vitellin exerce sur le protoplasma de l'ovule une action analogue à celle que le centrosome exerce sur le protoplasma des cellules ordinaires; il condense à sa surface le vitellus ambiant, et la couche périphérique ainsi formée au noyau vitellin est comparable à la masse plasmique dite sphère attractive des autres cellules. Une autre analogie que le noyau vitellin présente avec le centrosome est d'exister quelquefois à l'état double, soit seul, soit avec la couche vitelline qui l'environne, de même

que nous voyons quelquefois le centrosome se dédoubler isolément ou avec la sphère attractive dans les cellules ordinaires à l'état de repos.

Ainsi le noyau vitellin serait un centrosome femelle; Boveri a émis une théorie d'après laquelle le centrosome femelle serait frappé de déchéance physiologique; cette théorie serait confirmée par l'étude du noyau vitellin des araignées, où l'accroissement en volume de ce noyau, centrosome de l'œuf, serait une véritable dégénérescence hypertrophique, déterminée par une nutrition surabondante.

Ainsi, conformément aux conclusions antérieures de Henneguy, la formation d'un noyau vitellin, déchu de ses propriétés normales dans l'œuf, serait un phénomène qui n'a plus qu'une simple signification atavique. C'est une réminiscence phylogénique en vertu de laquelle l'organe est conservé alors que la fonction est supprimée.

En raison de l'homologie qui existe entre le noyau vitellin et le centrosome, il est probable que ces deux éléments ont une origine identique; de la provenance nucléaire du premier on peut conclure à un mode de genèse identique pour le second, et l'origine nucléaire du centrosome nous explique le rôle important que cet élément joue dans la reproduction de la cellule. M. DUVAL.

Ueber eine Art der Entstehung ringförmiger Kerne..... (Sur un mode de production de noyaux annulaires; configuration et situation des sphères attractives qui les accompagnent), par F. MEVES (*Inaug.-Dissert. Kiel,* 1893).

La forme annulaire qu'affectent fréquemment les noyaux des spermatogonies de la salamandre, résulte de la persistance du trou qu'occupait lors de la mitose, au stade du dispirème, le fuseau central. Lorsque le noyau-fille se reconstitue, la membrane se forme non seulement à sa périphérie, mais encore au pourtour du trou en question. Ce mode de formation a déjà été signalé par Bellonci dans les spermatogonies du Triton. Quand le noyau-fille est arrivé à l'état de repos, la forme, les dimensions et l'orientation du trou se modifient généralement; il ne semble cependant pas, dans la plupart des cas, disparaître et persiste jusqu'à ce que le noyau entre en division. Les noyaux annulaires doivent, en grande partie, comme l'a montré Bellonci, se transformer en noyaux polymorphes.

La sphère attractive se reconstitue dans chaque cellule-fille et occupe alors une situation variable; tantôt dans le trou au centre de l'anneau nucléaire, tantôt sur la face polaire du noyau, tantôt complètement au dehors du trou... etc. Dans sa forme la plus simple, la sphère est réellement arrondie, mais dans beaucoup de cas, elle affecte une configuration tout à fait différente, et se montre tantôt piriforme, tantôt ovoïde ou conoïde... etc. Ses rapports vis-à-vis du trou nucléaire varient alors selon les cas.

Ces formes variées de la sphère attractive dépendent des conditions très diverses dans lesquelles elle s'est reconstituée, par exemple: la largeur du trou nucléaire, la situation du corpuscule central... etc. L'auteur examine successivement plusieurs cas, notamment la régénération de la sphère sur le côté équatorial du noyau-fille. Au bout d'un certain temps, les sphères attractives prennent la forme sphérique. A. NICOLAS.

Sur les anneaux intercalaires des tubes nerveux produits par imprégnation d'argent, par E. SEGAL (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *septembre* 1893).

Au niveau de l'étranglement annulaire de Ranvier, on peut produire une imprégnation donnant seulement la barre transversale de la croix latine, ce qui est dû à l'action plus ou moins prolongée du nitrate d'argent. Par le même procédé technique, on obtient une imprégnation au niveau des incisures de Schmidt-Lantermann, c'est-à-dire au niveau de l'emboîtement de deux segments cylindro-coniques. Le dépôt d'argent dessine un anneau superficiel et saillant, situé au niveau de la jonction des deux segments; du segment cylindro-conique, l'extrémité qui présente un anneau imprégné est toujours celle qui emboite, qui reçoit l'extrémité du segment voisin. Ces anneaux sont à la surface des tubes nerveux, sous la gaine de Schwann, il est vrai, mais non entre les segments cylindro-coniques; ils entourent la myéline; leur imprégnation forte peut donner l'image de disques percés.

Ces anneaux semblent jouer un rôle dans l'emboîtement de deux segments voisins. M. DUVAL.

Rapports des nerfs récurrents avec les artères thyroïdiennes inférieures, par JABOULAY et E. VILLARD (*Lyon méd.*, 12 *novembre* 1893).

On peut ramener à trois types les rapports des récurrents et de l'artère thyroïdienne inférieure.

Dans le premier type, à droite, le récurrent passe en avant de toutes les branches artérielles, tandis qu'à gauche il est situé en arrière.

Dans le deuxième type, à gauche, même situation; à droite, le nerf s'engage dans la fourche artérielle au-devant de la branche inférieure.

Dans un troisième type, la situation est variable, mais à droite, le nerf passe toujours plus en avant des branches artérielles qu'à gauche.

A. CARTAZ.

Ueber die Innervation der Gaumenhaut bei Schwimmvögeln (L'innervation de la muqueuse palatine chez les palmipèdes), par A. GEBERG (*Internat. Monatsch. f. Anat. u. Physiol.*, *X*, *p.* 205-241, 1893).

Ce mémoire débute par l'exposé des opinions successivement émises sur la constitution des corpuscules tactiles (corpuscules de Grandry) et sur les relations de la fibre nerveuse avec le disque tactile. Puis l'auteur, après avoir précisé la répartition de ces corpuscules et leur nombre dans la muqueuse palatine et dans les lamelles latérales du bec chez le canard, expose les résultats auxquels il est arrivé en appliquant la méthode du bleu de méthylène et celle de Golgi.

Les colorations bien réussies au bleu de méthylène (injecté à l'oiseau chloroformé) montrent que le cylindraxe du nerf qui aborde le corpuscule de Grandry, se résoud dans le disque tactile en un système de fibrilles ramifiées qui occupent toute la surface de ce disque et sont plongées dans une substance intermédiaire incolore ou à peine colorée par le bleu (substance interfibrillaire). Le disque tactile n'est donc qu'un cylindraxe étalé en forme de plaque. Quand les fibrilles nerveuses sont co-

lorées, les cellules tactiles ne le sont pas et inversement. Ce fait est une preuve qui milite en faveur de l'indépendance des fibrilles vis-à-vis de ces cellules. D'ordinaire le disque tactile présente à sa périphérie des dentelures qui se colorent par le bleu et sont en continuité avec les fibrilles.

La méthode de Golgi met également en évidence la continuité du disque avec le nerf et son indépendance vis-à-vis des cellules tactiles. Elle permet également l'étude des terminaisons nerveuses intra-épidermiques de la muqueuse palatine. Ces terminaisons se font toujours par des extrémités libres souvent renflées en bouton ou incurvées en crochet.

A. NICOLAS.

Die Nervenendigungen in den Maculae und Cristae acusticae, par M. von LENHOSSEK (*Anatomische Hefte, III*, 2, *p.* 231-265).

Les recherches que l'auteur a entreprises sur la souris à l'aide de la méthode de Golgi lui permettent de confirmer la conclusion déjà formulée par Retzius, van Gehuchten et Cajal, à savoir que : les terminaisons des fibres du nerf acoustique dans les épithéliums sensoriels de l'organe de l'ouïe, dans les taches et crêtes acoustiques aussi bien que dans la papille acoustique basilaire, se font toujours par des ramifications libres. Les relations des fibrilles terminales et des cellules ciliées sont des relations de contact. Le centre histogénétique, sans doute aussi trophique, de ces fibres est représenté par les ganglions du nerf acoustique.

Les cellules des ganglions vestibulaire et cochléaire sont toutes bipolaires (opposito-polaires) et conservent cette forme d'une façon définitive, contrairement aux cellules des ganglions spinaux qui ne sont opposito-polaires que dans les premiers stades de leur développement. Les deux prolongements ne présentent pas les mêmes caractères. Ce fait a déjà été signalé à propos des autres ganglions cérébro-spinaux, seulement, tandis que dans ceux-ci, le prolongement le plus mince est le prolongement central, dans les ganglions acoustiques, c'est l'inverse : le prolongement central est le plus épais. Il ne semble pas, du reste, que ces différences aient une signification bien considérable.

Dans les taches et crêtes acoustiques, les cellules ciliées ne s'imprègnent que difficilement d'une façon satisfaisante et prennent alors une teinte brun clair ; les cellules de soutien se colorent en noir intense. Tous ces éléments s'offrent avec les caractères déjà décrits par divers auteurs.

Les fibres nerveuses, dépouillées de leur gaine de myéline, traversent la membrane basale, après s'être divisées ou non au préalable en branches divergentes, mais sans former, contrairement à ce qu'admet Niemack, un plexus sous-basal. Les fibrilles qui pénètrent ainsi dans l'épithélium sont d'épaisseur variable ; elles s'insinuent verticalement entre les éléments de soutien et atteignent le niveau des extrémités profondes des cellules ciliées. Là, elles se résolvent en branches (3 à 4) qui s'irradient horizontalement, c'est-à-dire parallèlement à la surface de l'épithélium, et après un certain trajet, se recourbent le long de la face latérale d'une cellule ciliée pour se terminer bientôt par une pointe

libre. C'est là le plan général de distribution des arborisations terminales des fibres acoustiques. Ce plan peut présenter certaines complications que l'auteur décrit en détail. L'une des plus importantes est que les ramifications horizontales émettent de fines branches ascendantes qui vont se mettre en rapport avec les cellules ciliées, sans atteindre la surface et quelques branches descendantes qui s'engagent entre les cellules de soutien et se terminent plus ou moins près de la membrane basale. Quelques considérations physiologiques qui découlent directement des constatations histologiques terminent ce mémoire. A. NICOLAS.

Maculae und Cristae acusticae mit Ehrlich's Methylenblaumethode, par J. NIEMACK (*Anatomische Hefte*, *II*, 2, *p*. 207-233).

L'auteur a étudié les terminaisons nerveuses dans les taches et crêtes acoustiques chez la grenouille et chez des mammifères (veau et lapin nouveau-né) par la méthode au bleu de méthylène (procédé de Dogiel) dont il indique soigneusement tous les détails.

Chez la grenouille les nerfs perdent, dès qu'ils ont traversé la paroi membraneuse du labyrinthe, leur gaine de myéline et, réduits au cylindraxe, abordent la membrane basale qu'ils traversent. Ils forment alors entre cette membrane et le revêtement épithélial un plexus irrégulier, à larges mailles, dont les travées ne présentent pas de varicosités. De ce plexus partent de fines fibrilles qui s'engagent dans l'épithélium et donnent naissance à un deuxième plexus (plexus-tamis) à travées variqueuses dont les mailles très étroites circonscrivent les cellules les plus profondes de l'épithélium. De ce plexus intra-épithélial se dégagent maintenant des fibrilles ténues, munies de renflements variqueux, qui vont, les unes se terminer par un bouton sur les cellules ciliées, les autres se terminer librement au niveau de la limitante par un épaississement en massue.

Les cellules ciliées présentent une particularité importante. Elles se montrent revêtues d'une sorte d'écorce colorée (par le bleu) tandis que le noyau et le reste du protoplasma demeurent incolores. Cette écorce, souvent décomposable en fines granulations, ne semble pas devoir être considérée comme un réticulum fibrillaire variqueux. Elle paraît néanmoins être l'endroit où se terminent les nerfs, qu'elle soit entièrement de nature nerveuse ou qu'elle soit de nature mixte, moitié nerveuse, moitié plasmatique et interposée entre la cellule et les terminaisons des fibrilles nerveuses.

L'auteur décrit ensuite à la périphérie de la tache sacculaire, des éléments spéciaux qui se colorent par le bleu de méthylène (cellules péri-maculaires) et affectent vis-à-vis des fibrilles nerveuses des relations étroites. Il ne sait d'ailleurs quelle signification leur attribuer.

Chez le veau et le lapin, Niemack a reconnu l'existence de l'écorce granuleuse enveloppant les cellules ciliées (tache acoustique) de la tête au pied, et présentant un prolongement basal en continuité avec un cylindraxe. Il n'y a pas de plexus intra-épithélial ni de terminaisons libres. Les nerfs, en définitive, après avoir traversé la membrane basale se résolvent en un plexus à larges mailles d'où partent des filaments granuleux et épais, agencées en cupules ramifiées qui entourent étroitement les cellules ciliées. A. NICOLAS.

Der nervöse Apparat in den Endscheiben der Froschzunge (L'appareil nerveux des disques terminaux dans la langue de la grenouille), par J. NIEMACK (*Anatomische Hefte*, *II*, 2, *p.* 237-246).

Les fibrilles nerveuses forment d'abord, comme dans l'appareil auditif terminal, un plexus sous-basal, puis un plexus intra-épithélial, à fibrilles variqueuses, occupant les couches profondes de l'épithélium. De ce dernier partent les fibrilles terminales qui vont, les unes s'insinuer entre les cellules et atteindre la surface libre du disque où elles se terminent par un petit bouton ; les autres entrer en rapport avec les « *cellules à bâtonnet* » ou cellules sensorielles. Ce rapport s'établit par l'intermédiaire d'une couche granuleuse, écorce comparable à celle dont il est question à propos des cellules sensorielles des taches acoustiques, dont sont munies les cellules à bâtonnet. Il n'y aurait donc pas, ici encore, continuité mais seulement contiguïté entre le nerf et la cellule.

A. NICOLAS.

Ueber die Nervenendigungen im Oesophagus des Frosches (Les terminaisons nerveuses dans l'œsophage de la grenouille), par A. SMIRNOW (*Internat. Monatsch. f. Anat. u. Physiol.*, *X*, *p.* 248-251, 1893).

Les fibres nerveuses forment dans la muqueuse un plexus d'où se détachent, sous des angles variables, de fins faisceaux de fibrilles ou des fibrilles isolées qui, ou bien pénètrent directement dans l'épithélium, ou bien auparavant constituent un plexus sous-épithélial, d'où partent enfin les fibrilles variqueuses destinées à l'épithélium. Quoi qu'il en soit les fibrilles nerveuses terminales s'insinuent entre les éléments épithéliaux ciliés et caliciformes en se ramifiant, et se terminent librement audessous de la bordure de cils ou au niveau du pore des cellules caliciformes, ou plus profondément, après un trajet rétrograde. Celles-ci sont entourées d'un véritable plexus péricellulaire très semblable à celui qui a été décrit par divers auteurs dans les glandes salivaires, le pancréas et les glandes de la langue.

Les terminaisons nerveuses dans l'estomac de la grenouille se comportent d'une façon presque identique.

Ces observations ont été faites à l'aide de la méthode de Golgi.

A. NICOLAS.

Die Nervenendigungen in der Schleimhaut..... (Les terminaisons nerveuses dans la muqueuse des organes génitaux externes de l'homme), par A. DOGIEL (*Arch. f. mik. Anat.*, *XL*, *p.* 585-612).

La peau de la lame interne et du frein du prépuce, du gland pénien et clitoridien, celle de la fosse naviculaire renferment, outre des terminaisons intra-épidermiques, trois sortes d'appareils nerveux terminaux qui sont : les corpuscules génitaux (Krause), les corpuscules nerveux terminaux (massues terminales de W. Krause) et les corpuscules tactiles de Meissner. Dogiel étudie par la méthode du bleu de méthylène ces divers appareils et les décrit en détail. Nous nous bornerons à rapporter ici les conclusions générales qui découlent de ces observations.

Il n'existe pas de différence fondamentale entre ces trois catégories d'organes nerveux terminaux. Dans tous, les cylindraxes des fibres à

myéline pénètrent au sein de la masse centrale (massue interne) du corpuscule, se décomposent alors en un certain nombre de fibrilles variqueuses qui, pendant leur trajet, se recourbent, décrivent des courbes spirales, se subdivisent en s'entrecroisant et en s'anastomosant de mille manières, constituent en un mot un système d'anses réunies entre elles en un réseau épais très compliqué. Toutes les différences qui séparent les corpuscules des différents types se réduisent à des variations de forme, de dimension et de situation et reposent surtout sur le nombre et la répartition des ramifications fibrillaires qui se distribuent dans la massue centrale du corpuscule. Sous ce rapport, les corpuscules nerveux occupent le premier rang et l'on doit les considérer comme les appareils nerveux les plus composés. Viendraient ensuite les corpuscules de Meissner, puis en dernier lieu les massues terminales, surtout les plus petites, constituées seulement par une ou plusieurs fibrilles enroulées en spirale.

Enfin, presque tous les corpuscules terminaux ont ceci de commun que, de l'appareil nerveux d'un corpuscule de n'importe quel type, se détachent un certain nombre de fibrilles qui, les unes pénètrent dans l'épithélium et s'y terminent par des renflements, tandis que les autres servent à établir des anastomoses entre les appareils terminaux du type correspondant. A. NICOLAS.

Ueber die feineren Nerven und ihre Endigungen in den männlichen Genitalien (Les nerfs les plus fins et leurs terminaisons dans les organes génitaux mâles), par G. SCLAVUNOS (*Anat. Anz.*, *IX*, 1-2).

L'auteur a réussi à mettre en évidence, grâce à la méthode de Golgi, les nerfs les plus fins et leurs terminaisons dans les corps caverneux du pénis, le gland, l'urètre, le testicule, l'épididyme et le canal déférent.

Dans le testicule (lapin, chat, cheval), les nerfs forment autour des vaisseaux un plexus de fines fibrilles qui accompagnent ceux-ci dans leur trajet entre les canalicules séminifères. De ce plexus partent des fibrilles isolées qui traversent la membrane propre des canalicules et se terminent par des épaississements entre les cellules épithéliales. Non seulement les spermatoblastes (Retzius) et les cellules épithéliales se colorent par la méthode de Golgi, mais encore les spermatozoïdes (rat, cheval). La pièce intermédiaire et la queue sont colorées en noir intense, la tête n'est que peu teintée. A cet égard, la tête se comporte comme le noyau des cellules nerveuses par rapport à leur protoplasme.

Les nerfs du canal déférent (rat, hérisson) comprennent des fibres assez épaisses, apparemment pourvues d'une gaine de myéline, qui sillonnent la tunique musculaire et s'y terminent après un trajet compliqué. Ces fibres émettent de nombreuses branches qui se divisent et s'entrecroisent en constituant un véritable *plexus myospermatique*. Quelques-unes pénètrent dans la sous-muqueuse et vont se terminer par des extrémités libres soit dans les papilles soit dans l'épithélium.

Les nerfs de l'épididyme se comportent comme ceux du canal déférent. Dans les corps caverneux du pénis (chat et lapin) pénètrent des fibres nerveuses qui suivent les vaisseaux et d'autres qui proviennent du nerf dorsal. Elles gagnent les parties centrales du corps caverneux en se

logeant dans les trabécules et en émettent des fibrilles qui vont se terminer au-dessous de l'endothélium des lacunes vasculaires. On les trouve surtout abondantes là où existent des fibres lisses, à la surface desquelles elles se terminent librement. Mêmes dispositions essentielles dans le corps spongieux de l'urètre et dans celui du gland. Relativement aux terminaisons nerveuses dans l'épithélium qui recouvre ce dernier organe, l'auteur ne décrit que des terminaisons libres, contrairement à Dogiel qui admet l'existence d'un réseau intra-épithélial.

Au-dessous de l'épithélium du gland et du prépuce sont répandues des cellules particulières munies de prolongements anastomosés et surtout abondantes là où les nerfs sont nombreux. On les trouve aussi dans les trabécules des corps caverneux, et dans les parois vasculaires (veine dorsale du pénis). Ce ne sont pas là sans doute de véritables cellules nerveuses. En outre, l'auteur a observé dans l'épithélium même du gland et de l'urètre des éléments noircis par l'argent pourvus également de prolongements tortueux et capricieusement agencés. Il les considère comme des cellules de Langerhans. A. NICOLAS.

Des terminaisons nerveuses intra-épidermiques chez quelques mammifères, par A. van GEHUCHTEN (*La Cellule*, *IX*, 2).

Les nerfs forment au-dessous de l'épiderme un véritable plexus, dont les fibres constituantes se divisent, s'entrecroisent, mais ne s'anastomosent jamais. Il n'y a pas de cellules nerveuses annexées à ce plexus. Les fibrilles intra-épithéliales, nées du plexus sous-épithélial, restent dans tout leur trajet indépendantes les unes des autres et se terminent librement entre les cellules sans s'anastomoser avec les fibrilles voisines. Il n'y a pas non plus de cellules nerveuses dans l'épaisseur de l'épiderme.

La méthode de Golgi, qu'a employée l'auteur, met en évidence mieux que ne le font les autres procédés, la richesse extraordinaire des fibrilles nerveuses dans les épithéliums périphériques. A. NICOLAS.

Ueber Endkolben in der Haut der Planta pedis..... (Les massues terminales de la peau de la plante du pied et les terminaisons nerveuses dans les corpuscules tactiles de l'homme), par A. SMIRNOW (*Internat. Monatsch.*, *X*, *p.* 241-247, 1893).

1° — *Massues terminales.* — Dans la peau de la plante du pied de l'homme on connaît les terminaisons nerveuses suivantes : terminaisons intra-épithéliales libres, corpuscules tactiles de Wagner-Meissner, et corpuscules de Vater-Pacini. En outre, il y a des nerfs pour les glandes sudoripares (Arnstein). L'auteur a découvert, en plus, des organes nerveux terminaux qui correspondent aux massues terminales de Krause et sont logés immédiatement au-dessous du stratum papillaire du chorion. Ces massues terminales, surtout abondantes dans la peau plantaire des orteils, sont de deux sortes qui diffèrent l'une de l'autre surtout par le mode de terminaison du nerf.

Dans les massues de la première catégorie, le cylindraxe, dépouillé de sa myéline et de ses autres enveloppes qui se continuent avec la capsule de la massue, se ramifie en branches qui s'anastomosent de façon à

former un réseau terminal plongé dans une masse homogène ou faiblement grenue dépourvue de noyaux.

Dans les massues de la deuxième catégorie, plus volumineuses et plus rares que les précédentes, le cylindraxe ne se divise pas et se termine par un épaississement en bouton plongé dans une faible quantité de substance homogène.

2° — *Corpuscules tactiles.* — La méthode de Golgi met en évidence les filets nerveux qui se rendent dans les papilles et dans l'épiderme. Dans les papilles qui ne renferment pas de corpuscule tactile, les nerfs se répartissent en fibrilles vasculaires et en fibrilles sous-épidermiques qui fournissent les filets intra-épidermiques lesquels se terminent librement à la hauteur du *stratum granulosum* ou du *stratum lucidum*. Les fibrilles qui se rendent aux corpuscules tactiles se terminent, ainsi que la méthode au bleu de méthylène l'a déjà montré (Dogiel), par un *peloton terminal.* A. NICOLAS.

Ueber den sogenannten dritten Gelenkhöcker..... (Sur le troisième condyle et les éminences accessoires de l'occipital), par J. KALENSCHER (*Inaug.-Dissertation Königsberg*, 29 *pages*, 1 *pl.*).

Après un résumé historique, l'auteur expose le résultat de ses propres observations qui ont porté sur 600 crânes. Il trouve ces reliefs osseux (troisième condyle ou éminences accessoires) dans 84 cas, ce qui fait une proportion de 14 0/0, infiniment plus considérable que celle indiquée par les auteurs qui, avant lui, ont étudié cette question (Meckel, Halbertsma, Friedlowski). La proportion est, d'ailleurs, sensiblement la même dans les deux sexes. Viennent ensuite une description des formes les plus typiques, puis une courte étude de l'appareil ligamenteux craniovertébral. Les conclusions de ces recherches sont : Le troisième condyle n'est pas une particularité ethnique, il résulte de l'ossification des points d'attache du ligament suspenseur de l'apophyse odontoïde. Les deux éminences accessoires sont dues à l'ossification des points d'insertion du ligament occipito-atloïdien antérieur. A. NICOLAS.

Die Herstellung wägbarer Mengen von Blutplättchen (Préparation de plaquettes du sang en quantité appréciable au poids), par R. MOSEN (*Archiv für Physiol.*, *p.* 353, 1893).

Du sang artériel de chien ou de lapin est reçu directement dans un cylindre contenant une solution à 2 0/0 d'oxalate d'ammoniaque et 0.7 0/0 de chlorure de sodium, en quantité telle que le sang contienne 0.2 0/0 d'oxalate. Le sang reste liquide et la séparation des globules est effectuée au moyen de la machine à force centrifuge. Entre le plasma et ces globules se trouve une couche intermédiaire contenant les leucocytes dans sa portion inférieure, les plaquettes dans sa portion supérieure. La zone des plaquettes est recueillie au moyen d'une pipette; celles-ci peuvent être examinées directement au microscope dans le plasma, ou isolées au préalable par lavage au sérum artificiel et décantation. Elles ont de 0.5 à 5.5 μ de diamètre, sont arrondies ou ellipsoïdales, envoient des prolongements effilés, semblent constituées par une substance protoplasmatique et une substance riche en nucléine analogue à la chromatine, ont une ten-

dance à s'agglutiner et s'altèrent rapidement au moment de la coagulation. Elles jouent un rôle actif dans la coagulation du sang, comme le montre l'examen microscopique du plasma oxalaté additionné de chlorure de calcium. Ce plasma fournit d'autant plus de fibrine qu'il est plus riche en plaquettes. L'auteur ne se prononce pas sur la signification histologique, ni sur l'origine et la destinée des plaquettes. La lymphe du canal thoracique n'en contient pas. LÉON FREDERICQ.

Neuroglia der Retina des Menschen, par A. DOGIEL (*Arch. f. mik. Anat. XLI, p.* 612-623).

Dogiel s'est servi, pour étudier la névroglie de la rétine chez l'homme, de la méthode de M. Wolters et de la méthode de Golgi. La première ne lui a donné que des résultats tout à fait insuffisants; la seconde au contraire met en évidence dans toute leur étendue et dans tous leurs détails les éléments névrogliques.

Les fibres de Müller traversent toute l'épaisseur des couches rétiniennes. Au niveau des couches réticulées elles émettent latéralement un grand nombre de fins prolongements qui prennent part à la composition de ces couches. Au niveau des couches ganglionnaires et de la couche neuroépithéliale elles se décomposent en fines lamelles qui constituent des niches où sont logés les corps des divers éléments cellulaires. Ces fibres sont perpendiculaires aux deux faces de la rétine, sauf tout près de l'entrée du nerf optique et sauf aussi dans la tache jaune. Très développées dans ces régions elles affectent dans toute la partie de l'épaisseur de la rétine comprise entre les grains de cônes et la couche réticulée externe, partie occupée par les pieds des cônes (couche fibrillaire de Henle), un trajet très oblique convergeant vers la *fovea centralis*.

Outre les fibres de Müller on trouve encore dans la rétine d'autres éléments névrogliques (signalés déjà par Ramón y Cajal). Ce sont des cellules petites et munies de longs prolongements chevelus très analogues aux cellules-araignées des centres nerveux. On les rencontre exclusivement dans la couche des fibres nerveuses au voisinage et dans toute l'étendue de la papille du nerf optique, également dans toute l'étendue de ce nerf. A. NICOLAS.

Sur l'aberration sphérique de l'œil humain; mesure du sénilisme cristallinien, par C.-A. LEROY (*C. R. Acad. des Sc.*, 20 *mars* 1893).

L'aberration moyenne est une fonction de l'âge; elle croît lentement chez les jeunes gens et très rapidement à partir de l'âge mûr, pour tendre vers un maximum qu'elle atteint dans la vieillesse. Cette aberration sphérique de l'œil dépend en effet des cristallins, et notamment de la variabilité de son indice. Or, chez les jeunes gens, cette variabilité est assez rapide pour corriger sensiblement l'aberration de l'œil; mais cette variabilité diminuant avec l'âge, l'aberration de l'œil augmente et tend vers la valeur qu'elle aurait si le cristallin avait un indice uniforme voisin de celui de l'œil schématique.

Les variations individuelles de l'aberration sphérique, à âge égal, sont la résultante de variations dans l'aberration cornéenne, mesurables

à l'ophtalmomètre, et de variations cristalliniennes non mesurables.

M. DUVAL.

Recherches anthropologiques sur le plan horizontal de la tête, méthode pour le déterminer, par E. HIRTZ (*Thèse de Lyon*, 1893).

De ses recherches l'auteur a tiré quelques conclusions qu'il formule en ces termes :

1° Il existe, sur l'homme vivant, une *position normale* de l'œil, régie par des dispositions anatomiques, et réalisée lors de l'inactivité des muscles moteurs.

2° La situation du globe oculaire sur le cadavre est exactement, pour ainsi dire par définition, celle qui convient à l'équilibre naturel ; c'est la position normale.

3° Les *axes visuels* après la mort sont les droites directrices, facilement définissables, du plan horizontal de la tête.

4° L'axe orbitaire de Broca est presque parallèle à ce plan, avec une approximation très grande pour une moyenne ; largement *suffisante en pratique*, pour tel crâne particulier.

5° On peut déterminer dans l'orbite un axe qui satisfait mieux l'esprit que l'axe classique, et qui représente très bien la direction générale de la cavité, en projection horizontale. L'auteur propose de l'appeler *axe rationnel.* L'axe orbitaire de Broca indique, avec une précision plus que suffisante, son orientation.

A. NICOLAS.

Anatomia comparata della membrana del timpano, par D. BERTELLI (*Ann. delle Università Toscane*, *XIX*, 2, *Pisa*, 1893).

Les conclusions générales de ce mémoire sont celles-ci :

1° La membrane du tympan fait son apparition chez la classe des amphibiens, dans l'ordre des anoures ;

2° Dans la classe des reptiles, la membrane du tympan fait défaut chez les ophidiens, existe chez quelques sauriens et est constante chez les chéloniens. Elle manque chez *Anguis fragilis*, contrairement à l'opinion des anatomistes;

3° Tous les oiseaux et tous les mammifères possèdent cette membrane ;

4° Sa face externe est concave chez les anoures et chez les mammifères, convexe chez les reptiles et les oiseaux ;

5° Sa périphérie est en rapport chez les anoures avec le cartilage tympanique ; chez les sauriens avec l'os carré, le mandibulaire, l'appareil hyoïdien et des parties molles ; chez les chéloniens avec le carré ; chez les oiseaux avec le carré, l'occipital latéral et le basi-occipital ; chez les mammifères avec le tympanique ;

6° Dans toute la série, le tympan est formé de trois couches : une externe, cutanée ; une moyenne, fibreuse ; et une interne, muqueuse.

7° La couche externe est toujours une dépendance de la peau modifiée plus ou moins pour s'adapter à une fonction nouvelle. Le tympan des anoures ne fait pas exception à cette loi, contrairement à ce qui semble résulter de la description qu'en donnent les anatomistes. Chez la brebis, la couche cutanée renferme des papilles dermiques bien développées ;

8° Chez l'homme, la couche externe possède un plexus nerveux sous-épithélial d'où partent des fibrilles terminales intra-épithéliales ;

9° La couche moyenne est toujours de nature conjonctive. Chez les anoures les faisceaux conjonctifs se mélangent à la périphérie avec les fibres musculaires lisses du tenseur tympanique ;

10° La direction des fibres est rayonnée chez les anoures ; rayonnée avec quelques fibres circulaires réunies en faisceaux, chez les sauriens. Chez les chéloniens, les fibres n'ont pas un trajet régulier, mais s'entre-croisent en divers sens, du reste avec prédominance d'une orientation radiaire. Chez les oiseaux, il y a d'abord sous la couche cutanée des fibres rayonnées, puis plus en dedans des fibres entrecroisées qui correspondent aux fibres circulaires des mammifères. On y trouve de plus, comme chez les reptiles, des fibres groupées en faisceaux et qui partent de la pointe des branches de la columelle. Chez les mammifères les fibres sont rayonnées en dehors, circulaires en dedans. On peut penser que chez eux le périoste du manche du marteau contribue à former la membrane propre du tympan avec laquelle cet osselet contracte d'étroites relations, mais le fait n'est pas démontré ;

11° Les fibres circulaires tympanales, chez les mammifères, résistent longtemps à l'action de la potasse caustique à 10 0/0 et très longtemps à l'action de l'acide acétique ; les fibres rayonnées résistent moins longtemps à ces deux réactifs ; d'où il résulte que ces fibres, circulaires et rayonnées, ont des propriétés qui les rapprochent des fibres élastiques ;

12° Dans toute la série, les fibres rayonnées sont plus épaisses au voisinage de la columelle ou du manche du marteau, plus délicates à la périphérie où elles sont renforcées, chez les anoures, par des fibres lisses, chez les sauriens par des faisceaux conjonctifs, chez les oiseaux et les mammifères par les fibres circulaires;

13° Chez tous les mammifères examinés, la membrane propre du tympan affecte des rapports intimes avec le périoste de l'os tympanal ;

14° Toujours il existe, entre les fibres radiées, des espaces occupés par des cellules fixes du tissu conjonctif méritant le nom de corpuscules de Tröltsch par analogie avec celles que cet auteur a décrites chez l'homme. En outre, chez les mammifères il existe d'autres cellules conjonctives situées sur la face externe de la couche moyenne et munies de nombreux prolongements anastomosés ;

15° Les corpuscules de Tröltsch, au voisinage du manche du marteau (brebis, cobaye, lapin, chien), sont groupées en capsules cartilagineuses et constituent une *formation cartilagineuse* ;

16° Il n'y a pas de tissu élastique dans la couche moyenne du tympan ;

17° A la périphérie de la membrane du tympan on observe un épaississement annulaire, fibro-musculaire chez les anoures, fibreux chez les sauriens et les oiseaux, fibro-cartilagineux chez les mammifères ;

18° Les formations dendritiques (faisceaux conjonctifs de renforcement de la couche interne décrits par Gruber chez l'homme) existent aussi chez les chéloniens et chez le poulet ;

19° La couche interne, muqueuse, de la membrane du tympan est revêtue dans toute la série, d'un épithélium pavimenteux simple ;

20° Dans cette couche on constate l'existence d'un plexus sous-épithélial émettant des fibrilles terminales intra-épithéliales ;

21° Le *trou de Rivinus* n'existe pas ; jamais le tympan n'est, à l'état normal, perforé. A. NICOLAS.

Note sur l'existence des vaisseaux nourriciers du muscle cardiaque chez la grenouille, par H. MARTIN (*C. R. de la Soc. de biol.*, 15 *juillet* 1893).

1. Il existe, chez les rana esculenta, un vaisseau nourricier propre, correspondant, comme origine et trajet, à l'artère coronaire des vertébrés supérieurs. 2. Le bulbe reçoit une artériole dont l'origine se trouve très près de la bifurcation du bulbe. 3. L'artère de Hyrtl n'est qu'une artère s'épuisant dans le péricarde. DASTRE.

Die Dicke der quergestreiften Muskelfasern und ihre Bedeutung (L'épaisseur des fibres musculaires striées et sa signification), par J. HALBAN (*Anatomische Hefte, III*, 2, *p.* 269-309).

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes:

1° On doit diviser les fibres d'un muscle par rapport à leur calibre en deux catégories: *typiques* et *atypiques*. Les fibres typiques, de beaucoup les plus nombreuses, possèdent un calibre semblable, déterminé. Les fibres atypiques sont disséminées sans ordre entre les premières, tantôt plus épaisses, tantôt plus minces que celles-ci. Il y a donc dans un seul et même muscle des variations dans le diamètre des diverses fibres, variations qui peuvent s'élever de 1 à 5 et même chez l'embryon de 1 à 7.

2° Il importe beaucoup dans les mensurations comparatives des fibres musculaires d'individus de la même espèce ou d'espèces différentes de tenir compte des muscles que l'on compare. Ainsi les différences sont beaucoup plus prononcées lorsqu'on compare des muscles épais que lorsqu'on compare des muscles minces.

3° L'épaisseur des fibres de muscles identiques varie chez les divers individus selon l'état de la nutrition générale et ces variations peuvent osciller de 1 à 3.

4° Chez l'embryon, les fibres des différents muscles ont d'abord à peu près la même épaisseur. Du quatrième mois jusqu'à la naissance, cette épaisseur augmente régulièrement, à peu près du double. Puis, à partir de la naissance, l'accroissement de leur diamètre devient très irrégulier et marche avec l'accroissement fonctionnel de chaque muscle.

5° Les limites extrêmes du diamètre des fibres sont 10 μ et 100 μ.

6° En même temps que les fibres augmentent d'épaisseur s'accroît aussi le muscle considéré dans son ensemble et d'une façon tout à fait proportionnelle.

7° L'épaisseur d'un muscle dépend aussi des dimensions de son ébauche chez l'embryon. Cependant les muscles qui deviendront les plus épais sont aussi les plus volumineux chez l'embryon. Chez l'adulte les muscles épais, par conséquent les plus forts, possèdent des fibres volumineuses; les muscles minces, moins puissants, des fibres étroites.

8° L'augmentation d'épaisseur des fibres explique suffisamment l'accroissement d'un muscle. Une néoformation de fibres, même si elle était démontrée (ce qui n'est pas le cas) n'aurait qu'une importance secondaire au point de vue de cet accroissement. A. NICOLAS.

Sur les rapports de l'artère hépatique chez l'homme et quelques mammifères par E. RETTERER (*Journ. de l'anat. et de la physiol., mars-avril* 1893).

Les divers auteurs classiques indiquent de manières diverses et souvent contradictoires les rapports que l'artère hépatique affecte avec la veine porte ; les uns la placent en avant, c'est-à-dire du côté ventral, les autres en arrière, c'est-à-dire du côté dorsal de cette veine. L'auteur a eu le soin d'examiner cette situation chez les divers mammifères et chez leurs embryons, et, tout en montrant l'origine des différentes manières de voir, est arrivé à poser une loi générale. Cette loi, c'est que chez les divers mammifères, la portion initiale de l'artère hépatique est située sur un plan plus dorsal et plus près de l'extrémité céphalique que la portion initiale de la veine porte. L'artère contourne ensuite la veine porte du dos vers le ventre; la gastro-épiploïque droite, ainsi que les branches de bifurcation de l'artère, se placent du côté ventral de la portion correspondante de la veine. Ces résultats paraissent d'autant plus conformes à la réalité que la simple réflexion devait les rendre très vraisemblables. En effet, la veine porte naît de l'intestin, placé sur un plan ventral par rapport à l'aorte; elle occupe donc une position ventrale par rapport à la portion initiale de l'artère hépatique, qui provient de l'aorte par le tronc cœliaque toujours très court. Mais encore fallait-il vérifier par l'observation cette disposition si rationnelle.

M. DUVAL.

Des glandes closes dérivées de l'épithélium digestif, par RETTERER (*Journ. de l'anat. et de la physiol., septembre* 1893).

D'une revue complète des divers travaux publiés sur les glandes closes en rapport avec le tube digestif, travaux auquels il a pris lui-même une si grande part, l'auteur tire les conclusions suivantes :

La rate, la glande pituitaire, la thyroïde, le thymus, les plaques de Peyer, les amygdales des mammifères et la bourse de Fabricius des oiseaux ont un caractère commun qui est constant et fondamental, c'est de dériver d'une ébauche épithéliale. Selon que le bourgeon épithélial primitif qui leur donne naissance disparaît comme conduit creux et ouvert, ou laisse des traces, ces organes se groupent en deux variétés : 1° dans la rate, la glande pituitaire, la thyroïde, le thymus, les plaques de Peyer, le bourgeon épithélial primitif disparaît totalement dans la suite de l'évolution; 2° dans la bourse de Fabricius, les amygdales et les plaques de Peyer de quelques mammifères, les bourgeons épithéliaux primitifs se creusent d'une lumière centrale et persistent sous la forme de diverticules creux (cryptes ou lacunes).

Malgré cette communauté d'origine, l'évolution des éléments anatomiques est loin d'être la même dans ces diverses glandes closes; dans la thyroïde, par exemple, les cellules épithéliales restent bien incluses dans une paroi conjonctive, sans mélange des éléments épithéliaux et conjonctifs. Dans les autres glandes closes, les amas épithéliaux forment d'abord des masses bien circonscrites, mais, plus tard, ils sont fractionnés et s'enchevêtrent avec la trame réticulée. M. DUVAL.

Zur Frage über die Ausfuhrungsgänge des Pankreas des Mensch (Les conduits excréteurs du pancréas), par DOGIEL (*Archiv f. Anat. u. Physiologie; Anat. Abth., p.* 117-122, 1893).

Les conduits excréteurs du pancréas de l'homme, mis en évidence par la méthode de Golgi, se comportent à peu près comme ceux du pancréas d'autres animaux déjà étudiés par la même méthode (Ramon y Cajal, Sala, E. Müller, Retzius, Fusari et Panasci). Les conduits excréteurs de premier ordre logés dans les septa conjonctifs de la glande fournissent des canaux de second ordre qui, eux-mêmes, donnent des canaux de troisième ordre. De ceux-ci partent les canalicules de quatrième ordre qui se résolvent dans les acini glandulaires en *tubes intraacineux* lesquels affectent des rapports étroits avec les cellules épithéliales : les uns pénètrent dans le segment interne, granuleux, des cellules et s'y terminent par un cul-de-sac arrondi ou ovale ; les autres s'engagent entre les cellules, émettent des diverticules latéraux intracellulaires et se terminent à une certaine distance de la périphérie de l'acinus par une dilatation arrondie ou en massue. Jamais ces tubes intraacineux terminaux (ou mieux initiaux) ne s'anastomosent entre eux.

Les canaux excréteurs du pancréas ne pénètrent pas dans les îlots de Langerhans. Ceux-ci représentent donc des amas d'éléments glandulaires fonctionnellement morts et voués sans doute à une régression complète. A. NICOLAS.

Étude analytique des organes moteurs des voies biliaires chez les vertébrés, par Maurice DOYON (*Thèse de la Fac. des Sc. Paris*, 25 *novembre* 1893).

Ce travail contient une description anatomique des voies biliaires chez un certain nombre de vertébrés, une étude histologique du réseau musculaire et du réseau nerveux des parois hépatique, cystique et cholédoque, et des recherches expérimentales sur le rôle de ces parties. On constate, par la simple inspection, des mouvements spontanés, rythmés de ces organes (surtout chez les pigeons). L'auteur étudie ces mouvements au moyen du manomètre à bougie et du rhéomètre à huile de Morat. Il constate que les nerfs grandsplanchniques sont les nerfs moteurs des voies biliaires. Le relâchement de ces conduits ne peut être provoqué que par voie réflexe. Par exemple, l'excitation du bout central du grandsplanchnique fait relâcher la vésicule. L'excitation du bout central du vague fait relâcher le sphincter duodénal et contracter la vésicule. L'asphyxie fait contracter l'ensemble des voies biliaires. Le curare les relâche. La pilocarpine fait contracter et l'atropine relâcher. Les voies externes constituent ainsi un appareil régulateur de l'excrétion biliaire. DASTRE.

Essai sur la texture du muscle vésical, par A.-H. PILLIET (*Journ. de l'anat. et de la physiol., mai* 1893).

Les divergences des auteurs relativement au nombre et à la disposition des plans musculaires de la vessie proviennent de ce qu'on a fait cette étude plus particulièrement sur des vessies d'adulte et même de vieillard, et qu'on a procédé par simple dissection, au scalpel, lequel,

s'il peut créer des aponévroses, crée aussi, plus facilement encore, des plans musculaires. L'auteur, au contraire, s'est attaché à examiner l'organe pendant l'évolution de l'individu, c'est-à-dire à tous les âges, et à demander des renseignements complémentaires à l'anatomie comparée. Il est arrivé ainsi à constater que le corps de la vessie présente normalement deux tuniques musculaires, l'une externe longitudinale, l'autre interne annulaire, qui sont le prolongement des deux tuniques semblables que présente l'ouraque. Il peut se surajouter à ces trois tuniques : un plan musculaire interne à direction longitudinale ou plexiforme, qui est une émanation de la tunique circulaire interne ; une *musculosa mucosæ,* peu constante, souvent incomplète, séparée des couches précédentes par la couche de tissu cellulaire de glissement de la muqueuse vésicale. Avec les progrès de l'âge, les tuniques musculaires de la vessie tendent à se brouiller, à se confondre, et quand, par exemple, le chorion de la muqueuse se sclérose et que la couche celluleuse de glissement disparaît, comme il arrive si souvent, par suite de l'âge ou d'affections urinaires, le plan musculaire interne, à disposition plexiforme, devient sous-muqueux et ne peut plus être distingué de la musculaire muqueuse proprement dite.

Au col de la vessie il n'y a rien, ni chez l'enfant, ni chez la femme, qui mérite le nom de sphincter interne. Quand on croit voir, chez l'adulte ou le vieillard, quelque chose correspondant à ce qu'on a décrit comme sphincter interne, on peut se rendre compte que ce n'est pas un sphincter préformé, mais un bourrelet créé par la prostate, qui refoule, en s'hypertrophiant, la tunique de fibres circulaires située au-dessus d'elle. En effet, chez le nouveau-né, la couche circulaire interne se termine nettement au-dessus de la prostate ; chez l'adulte, la prostate a grandi, et, ne pouvant refouler la tunique longitudinale, maintenue en arrière (elle s'insère sur la glande prostatique, maintenue par ses aponévroses, comme elle s'insère en avant à la ceinture pubienne), elle repousse en haut la tunique musculaire dont elle tend à se coiffer. Ce processus se continue chez le vieillard ; il se forme ainsi un bourrelet musculaire que pénètrent les culs-de-sac prostatiques. En effet, les lobules prostatiques, dès leur apparition, morcellent et transforment le plan musculaire dans lequel ils s'enfoncent, à tel point qu'il est impossible de reconnaître à ce niveau la disposition primitive des faisceaux lisses devenus des annexes du système glandulaire.

Chez la femme, le corps de la vessie ne diffère pas de ce qu'il est chez l'homme. A partir du col jusqu'au sphincter strié, qui est très faible et situé près du méat, la couche circulaire de la vessie se continue, doublée en dedans d'une couche plexiforme constante, en dehors de faisceaux longitudinaux inconstants. C'est-à-dire que la texture du muscle vésical se continue avec les mêmes caractères jusqu'au voisinage immédiat du méat. Les glandules vésicales, qui sont surtout fréquentes chez la femme au niveau de la cloison vésico-vaginale, occupent la place qui correspond chez l'homme aux glandes de la prostate.

Ainsi l'étude du développement de la vessie, de ses caractères embryonnaires et de son histologie comparée, rendent suffisamment compte de ses particularités de structure dans l'âge adulte ; on peut la comparer à une poche intestinale, incomplète comme structure, puisqu'elle n'ab-

sorbe pas, et variable comme morphologie, puisqu'elle est soumise à de considérables variations de volume. M. DUVAL.

Ricerche sull'istologia normale dell'uretere, par BIANCHI-MARIOTTI (*Atti dell' Accad. med.-chir. di Perugia, IV*, 3).

L'existence de glandes et de follicules lymphatiques dans la muqueuse de l'uretère est encore très controversée, aussi les observations de l'auteur méritent-elles d'être signalées. Ses recherches ont porté sur l'homme, le hérisson, la brebis, le bœuf et le chien. Chez aucune de ces espèces il n'existe de glandes dans les deux tiers inférieurs de l'uretère. Dans un cas seulement Bianchi a trouvé chez la brebis des vésicules sous-épithéliales tapissées d'un revêtement épithélial et dont la signification lui paraît énigmatique. Dans la partie supérieure de l'uretère qui fait suite immédiatement au bassinet, il a constaté la présence de sortes de bourgeons cellulaires sous-jacents à l'épithélium. Ces bourgeons, à un moment donné, lorsqu'on les étudie sur des coupes sériées, se continuent avec l'épithélium superficiel et se creusent bientôt d'une lumière ouverte dans la cavité de l'uretère. L'apparence glandulaire est complète. Cependant l'auteur croit qu'il s'agit plutôt là de la section d'un pli étroit qui se terminerait en cul-de-sac au-dessous des plis voisins et il émet l'hypothèse que ces plis d'allure spéciale pourraient être des vestiges des invaginations des premières générations de tubes droits qui, ainsi qu'on le sait, disparaissent à un certain moment.

Il n'existe pas non plus habituellement dans l'uretère normal de follicules lymphatiques. Une fois seulement et parmi de nombreuses préparations, Bianchi a rencontré un amas folliculaire. A. NICOLAS.

Le placenta des carnassiers, par Mathias DUVAL (*Journ. de l'anat. et de la physiol., n*os 3, 5 *et* 6, 1893).

Après un rapide exposé des dispositions des annexes chez les embryons de carnassiers, l'auteur étudie spécialement la formation du placenta de la chienne. Les processus histologiques qui se passent dans l'utérus, depuis l'arrivée de l'œuf jusqu'au moment de sa fixation, consistent essentiellement en une hypertrophie des glandes; les glandes hypertrophiées se dilatent et émettent des diverticules, donnant ainsi naissance à une couche spéciale d'aspect spongieux. En même temps, l'épithélium utérin subit, dans tous les points où il est en contact avec l'ectoderme de l'œuf, une dégénérescence rapide qui aboutit bientôt à sa complète disparition. Les capillaires utérins débordent des cloisons interglandulaires à la surface de la muqueuse, dont l'épithélium a disparu, de sorte que la limite superficielle de la muqueuse est formée par une *couche des capillaires*. L'ectoderme adhère à cette couche par des saillies ectodermiques inter-capillaires, en même temps qu'il forme des *villosité creuses* qui se logent dans les ouvertures des glandes.

C'est alors que prend naissance une formation plasmodiale d origine ectodermique, analogue au plasmode placentaire des rongeurs, mais qui en diffère cependant en ce que les capillaires maternels ne perdent pas leurs parois endothéliales, ne se réduisent pas à des lacunes creusées dans la substance plasmodiale, mais conservent toujours, et jusqu'à la

fin, leurs parois propres. C'est pourquoi l'auteur donne le nom d'*angio-plasmode* à la formation ectoplacentaire des carnassiers. La formation de cet angio-plasmode a lieu de la manière suivante. Au début, la partie la plus superficielle de la muqueuse utérine est formée d'une couche de capillaires maternels, à laquelle adhère l'ectoderme; celui-ci forme dans cette couche des villosités creuses. Il n'est pas exact de dire que ces villosités creuses ectodermiques se logent de plus en plus profondément dans les cavités des glandes; elles arrivent simplement par leurs extrémités profondes au contact des détritus de cellules épithéliales qui remplissent et oblitèrent les orifices de ces glandes. De plus, dans les intervalles des villosités creuses, partout où l'ectoderme est en contact avec la couche des capillaires, il émet des prolongements plasmodiaux qui s'insinuent entre ces capillaires, les entourent de tous côtés, et c'est ainsi que la couche des capillaires est transformée en un nouveau tissu renfermant deux formations histologiques d'origine très différente, le plasmode ectoplacentaire, d'origine fœtale, et les capillaires, d'origine maternelle. Dès lors, il n'y a plus à parler de villosités creuses, puisque les parois latérales de ces villosités ne sont plus distinctes, mais, devenues plasmodiales, font corps avec l'angio-plasmode; l'extrémité seule de ces anciennes villosités demeure sous la forme épithéliale, représentant, sur les coupes où l'angio-plasmode semble disposé en lobules, des arcades épithéliales étendues entre les bases de ces lobules. C'est-à-dire que l'angio-plasmode forme une couche continue, creusée à intervalles très rapprochés par des cavités en doigt de gant, lesquelles correspondent aux cavités des anciennes villosités creuses. Ces cavités reçoivent des villosités mésodermiques par lesquelles se fera ultérieurement le remaniement du plasmode, les phases successives de la formation du placenta des carnassiers répondant aux phases que l'auteur a précédemment décrites chez les rongeurs. A. C.

Ueber die Arteria uterina insbesondere über ihre Beziehungen zum unteren Uterinsegment (L'artère utérine et spécialement ses rapports vis-à-vis du segment inférieur de l'utérus), par S. DAVIDSOHN (*Morphologische Arbeiten, herausg. von G. Schwalbe, II*, 3).

Des dissections de l'auteur, il résulte que le col de l'utérus non gravide reçoit plus de branches artérielles que le col de l'utérus gravide ou puerpéral. Ce fait est une preuve en faveur de l'opinion d'après laquelle le segment supérieur du col se développe pendant la grossesse en même temps que le corps.

Le segment inférieur de l'utérius gravide est vascularisé par des branches artérielles qui lui parviennent directement, comme c'est le cas pour le corps de l'utérus. A. NICOLAS.

PHYSIOLOGIE.

Contribution à l'étude de l'influence de l'activité cérébrale sur l'échange d'acide phosphorique et d'azote, par STCHERBAK (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 3).

La transformation du phosphore dans l'organisme dépend, dans une certaine mesure, de l'activité cérébrale dont les oscillations retentissent sur l'échange phosphorique cérébral et général. Les besoins de l'organisme en phosphore s'accroissent en cas de travail intellectuel intense, et s'affaiblissent dans l'état opposé. Chez l'homme le tissu nerveux intervient dans l'échange phosphorique général. Dans le surmenage intellectuel, l'échange azoté se modifie à son tour et la nutrition générale est défectueuse. Cette action nocive du surmenage cérébral dépend moins de l'intensité que de la durée et de l'absence de repos. L'augmentation de l'apport nutritif et du phosphore en particulier ne peut compenser les mauvais effets du surmenage, car l'assimilation des aliments est très diminuée. GIRODE.

Du rôle du liquide céphalo-rachidien dans la circulation cérébrale, par H. JOLYET (*Soc. de biologie*, 8 *et* 15 *juillet* 1893).

On admet que chaque afflux sanguin artériel produit une expansion du cerveau, et le retrait consécutif un affaissement de la pulpe cérébrale : ces mouvements sont rendus possibles par le déplacement du liquide céphalo-rachidien. Il y a en réalité une onde qui se propage le long des artères et vient mourir au système capillaire où l'écoulement est continu. Cette onde pulsatile des artères plongées dans le liquide céphalo-rachidien y provoque une onde parallèle et opposée qui dégage la boîte cranienne.

L'onde pulsatile se produit d'abord dans les vertébrales, tronc basilaire, carotides, se propage à leurs ramifications et produit un échappement ondulatoire du liquide encéphalique. Il y a donc ampliation artérielle sans changements de volume du cerveau et sans choc des éléments nerveux. L'auteur a réalisé physiquement les conditions de cette circulation. DASTRE.

L'excitation faradique unipolaire, son action sur les nerfs moteurs, par A. CHARPENTIER (*Comptes Rendus de la Soc. de biol.*, 20 *mai et* 10 *juin* 1893).

Il est possible de produire de véritables excitations unipolaires avec les courants d'induction provenant d'appareils usuels comme le chariot de Du Bois-Reymond. On adapte à l'une des bornes de la bobine induite un fil terminé en crochet, appliqué sur le tissu à exciter et lui transmettant des variations de potentiel suffisantes pour l'exciter. On peut interposer un condensateur entre la borne et le tissu. L'excitation agit surtout sur les nerfs moteurs, beaucoup moins sur les nerfs sensitifs et pas du tout sur les muscles. Il faut une intensité d'induction beaucoup

plus considérable que pour agir avec les courants pris aux deux bornes, à moins de faire communiquer avec la terre le pôle inactif de la bobine, et encore mieux le corps de l'animal. Il faut opérer sur les nerfs très bien isolés. Cette méthode a l'avantage de ne pas produire sur le nerf de fatigue notable.

Conduction des excitations faradiques unipolaires par le nerf et par les tissus. DASTRE.

Ueber die Trennung der Reizbarkeit und Leitungsfähigkeit des Nerven (**Sur la séparation de l'excitabilité et de la conductibilité nerveuse**), **par G. PIOTROWSKI** (*Archiv für Physiol.*, *p.* 205, 1893).

Les deux fonctions fondamentales des nerfs, l'excitabilité et la conductibilité, paraissent intimement liées l'une à l'autre ; il suffit d'admettre que le changement moléculaire ou vibratoire qui constitue le processus de l'excitation, une fois né à un endroit du nerf, provoque dans la substance contiguë le même changement, et que ce changement se propage ainsi de proche en proche, pour avoir une explication plausible de la conductibilité du nerf, qui au fond ne serait que la transmission du processus de l'excitation. Cependant Grünhagen a montré que l'acide carbonique agissant localement sur un nerf sciatique de grenouille y supprime l'excitabilité, tandis que la conductibilité reste intacte. Inversement les vapeurs d'alcool, d'éther, etc., font disparaître la conductibilité avant l'excitabilité.

L'auteur confirme les faits découverts par Grünhagen, il constate que l'oxyde de carbone agit comme l'acide carbonique et conclut que l'excitabilité et la conductibilité peuvent être isolées l'une de l'autre. Il a répété les mêmes expériences sur les muscles de grenouille et constaté que l'alcool aussi bien que l'acide carbonique diminuent la conductibilité dans une mesure beaucoup plus étendue que l'excitabilité.

Nous renvoyons à l'original pour le détail des expériences et les considérations théoriques qui s'y rattachent. LÉON FREDERICQ.

Sur la suture nerveuse, par HERZEN (*Revue méd. Suisse romande, XIII*, 451, *juillet* 1893).

D'après les idées généralement admises, le bout périphérique d'un nerf sectionné est irrévocablement condamné à périr de dégénérescence.

Comme il faut cependant expliquer le rétablissement rapide des fonctions après suture des deux bouts, on se rabat sur diverses explications que Herzen critique : existence de fibres récurrentes ou de fibres anastomotiques ; suppléance par un autre nerf ; phénomènes d'inhibition et de dynamogène, etc., etc.

La seule explication véritable a été donnée par Schiff (*Semaine médicale*, 1887) qui a prouvé que la partie essentielle du nerf coupé, son cylindraxe, ne dégénère pas. J. B.

I. — Mittheilungen zur Athmungslehre (**5e, 6e et 7e communications sur l'innervation respiratoire**), **par O. LANGENDORFF** (*Archiv für Physiol.*, *p.* 417, 1893).

II. — Kurze Mittheilung zur Kenntniss des Einfluss der « oberen Bahnven » auf die Athmung (**Influence des voies d'innervation supérieures sur la respiration**), **par LOWEY** (*Ibid.*, *p.* 185, 1893).

III. — Ueber das Athmungscentrum in der Medulla oblongata, par GAD (*Ibid., p.* 175, 1893).

I. — 1° L'auteur maintient que l'hémisection de la moelle allongée n'est pas nécessairement suivie d'un arrêt unilatéral des mouvements respiratoires : les résultats de l'opération ne peuvent être invoqués contre l'existence de centres respiratoires spinaux. Il est vrai que dans ce cas l'excitation du bout central de chacun des pneumogastriques peut provoquer les réflexes d'arrêt respiratoire et que ces réflexes sont bilatéraux.

2° L'auteur combat l'interprétation donnée par Gad à ses expériences de destruction et d'excitation de la moelle allongée. Il maintient la persistance de mouvements respiratoires coordonnés après la destruction de la moelle allongée et cite les expériences de Chauveau pratiquées sur le cheval.

Il a observé le synchronisme des mouvements respiratoires de la bouche avec les mouvements d'insufflation de la respiration artificielle chez des animaux dont la moelle allongée avait été coupée. Le synchronisme cesse dès qu'on coupe les pneumogastriques.

3° L'auteur étudie les phénomènes de l'asphyxie chez le lapin, principalement la pause respiratoire préterminale, qui sépare la phase des convulsions de la phase d'insensibilité.

Il compare le rythme respiratoire de l'asphyxie avec un groupe de la respiration de Cheyne-Stokes.

II. — Kronecker et Marckwald ont montré que le rythme respiratoire est profondément modifié lorsqu'on coupe les pneumogastriques et lorsqu'on sépare la moelle allongée des centres nerveux supérieurs par une section transversale. On observe dans ce cas des inspirations prolongées séparées par des pauses de 15 à 30 secondes.

Lœwy a constaté que la section intracranienne des deux nerfs trijumeaux combinée avec celle des pneumogastriques produisait le même effet sur le système respiratoire que la section des pneumogastriques seuls et n'était pas l'équivalent de la suppression des centres nerveux supérieurs.

III. — Gad et Marinescu ont cherché à produire des lésions nettement limitées de la moelle allongée, en employant la cautérisation progressive au moyen de petits fragments de papier imprégnés de nitrate d'argent ou mieux encore en produisant des brûlures limitées, au moyen de très petites perles de verre fondu. Ce dernier moyen permettrait de détruire la substance nerveuse en évitant autant que possible l'excitation des voies d'inhibition. Gad résume de la façon suivante les principaux résultats de ces expériences :

1° Le nœud vital de Flourens ne doit pas être identifié avec le centre respiratoire bulbaire. La cessation de la respiration et la mort qui surviennent après les lésions de la pointe du calamus scriptorius sont dues en partie à l'excitation de voies d'inhibition, en partie à l'interruption des voies de conduction étendues entre le centre respiratoire bulbaire et les centres respiratoires spinaux.

2° Les centres spinaux des muscles respiratoires sont représentés par des amas de cellules nerveuses des cornes antérieures de la substance

grise de la moelle, amas disposés en segments successifs. Ces centres ne sont pas sensibles à l'excitation du sang dyspnéique et leur activité n'est pas coordonnée par des voies nerveuses spinales. Ils peuvent présider à des réflexes spinaux peu coordonnés.

3° Les voies descendantes par lesquelles les innervations coordinatrices descendent du centre bulbaire aux centres spinaux suivent les cordons latéraux et occupent les processus reticulaires au niveau de la région cervicale supérieure. Elles ne s'entrecroisent pas.

4° Le centre respiratoire bulbaire est le point de départ d'impulsions motrices coordonnées et rythmiques d'inspiration, impulsions qui naissent sur place (autochtones) sous l'influence de l'excitation du sang, et qui sont régularisées par voie réflexe par les pneumogastriques. Des mouvements coordonnés d'expiration peuvent, suivant les besoins, se produire par voie réflexe et s'intercaler entre les mouvements d'inspiration. Le centre respiratoire bulbaire n'est pas, de chaque côté, représenté par un amas unique de cellules nerveuses, mais constitue cependant un système bien défini dans la formation réticulaire latérale qui constitue les cordons latéraux de la moelle. La symétrie bilatérale des mouvements respiratoires est assurée par des commissures intrabulbaires entre les moitiés droite et gauche des centres bulbaires ;

5° Les cellules de la partie inspiratoire du centre respiratoire bulbaire ne conservent leur excitabilité spécifique pour l'excitation provenant du sang que grâce à l'influence permanente exercée par des innervations centripètes émanées soit du pneumogastrique, soit du trijumeau, soit des organes des sens supérieurs. LÉON FREDERICQ.

I. — Ueber die Folgen der Vagusdurchscheidung (Sur les effets de la section des pneumogastriques), par L. KREHL (*Archiv für Physiol.*, *p.* 278, 1893).

II. — Survie après la division successive des deux vagues, par C. VANLAIR (*Bull. de l'Acad. royale de Belgique* (3), *XXV*, *p.* 240, 1893).

I. — L'auteur confirme le fait déjà signalé par Genzmer et par Frey que la pneumonie ne se montre pas, après la section des pneumogastriques, si l'un des nerfs, le droit est coupé en dessous du point d'émergence du récurrent. Cependant les animaux ne survivent pas plus de dix à quinze jours à cette opération, quoique les poumons se montrent absolument normaux à l'autopsie et que l'on n'observe pas ou peu de troubles du rythme cardiaque. La digestion stomacale est profondément troublée. Au contraire, la section des pneumogastriques est parfaitement supportée quand elle est pratiquée sous le diaphragme (Schiff, Munzel, Jurgens, Krehl, contesté par Arthaud et Butte). Krehl constate qu'il en est de même si la section est faite à l'intérieur du thorax, au niveau du sixième espace intercostal gauche. L'auteur admet que la mort par section des vagues, est due à la suppression de filets nerveux qui sortent du tronc nerveux, au-dessus des filets pulmonaires, et qui pénètrent dans l'œsophage et descendent vers l'estomac. Le mécanisme de la mort est encore obscur : elle paraît liée aux troubles gastriques.

II. — La survie après une section successive des deux pneumogastriques peut être obtenue chez les chiens adultes aussi bien que chez les sujets jeunes. L'intervalle entre la section des deux nerfs, c'est-à-dire

le temps nécessaire à la restauration du nerf coupé dans la première opération, comporte un minimum de *dix mois*. L'auteur a obtenu la régénération successive des deux nerfs : il a constaté que le délai de restauration était dans ce cas le même pour le second nerf coupé, c'est-à-dire de dix mois au moins. LÉON FREDERICQ.

Recherches sur la respiration des cétacés, par JOLYET (*Soc. de biologie*, 17 *juin* 1893).

L'auteur a expérimenté sur un dauphin en captivité à Arcachon. Il a étudié le volume de l'expiration normale (4 litres) ; la composition centésimale de l'air expiré : 11,3 d'oxygène et 7,8 de CO^2 0/0 ; le volume de l'acide carbonique exhalé par heure a été de 50 litres, 0,84 ; l'oxygène absorbé dans le même temps : 61 litres, 488 ; le rapport $\frac{CO^2}{O} = 0{,}81$; le volume d'O absorbé par heure et par kilogramme 394 centimètres cubes. Enfin on a suivi également la mécanique respiratoire, l'expiration est active et dure 0″,4, l'inspiration dure 0″,6, puis il y a une pause de 19″, pendant laquelle l'air est comprimé par le fait du relâchement des muscles inspirateurs et du retrait élastique des poumons, et brassé par les contractions des muscles thoraciques. De là un maximum de renouvellement de l'air et une utilisation aussi complète que possible pour l'hématose. L'animal échoué est gêné dans sa respiration, parce que l'ampliation a lieu dans le sens dorso-ventral. DASTRE.

Die Kohlensäure-und Wasserausscheidung der Haut (Exhalations de CO^2 et d'eau par la peau aux températures comprises entre 30° et 39°), par SCHIERBECK (*Archiv für Physiol.*, *p.* 116, 1893).

Le sujet en expérience (homme) est introduit en entier, à l'exception de la tête, dans un récipient traversé par un courant d'air. L'acide carbonique produit est mesuré comme dans l'appareil de Pettenkofer. La quantité d'eau exhalée est déduite de la comparaison de l'état hygrométrique (mesuré à l'hygromètre), et de la température de l'air à l'entrée et la sortie de l'appareil ainsi que de la température de cet air.

L'auteur constate ainsi que la quantité de CO_2 excrétée ne varie guère de 28° à 33°. A 33° il y a une brusque augmentation puis la courbe de l'exhalation en fonction de la température tend de nouveau à se rapprocher de l'horizontale (8 grammes de CO_2 en 24 heures à 30°, 28 grammes de CO_2 en 24 heures à 38°5).

L'exhalation d'eau croît constamment de 29° à 39°. C'est vers 33° que s'établit la sécrétion de la sueur liquide : ce phénomène coïncide donc avec l'augmentation brusque de l'exhalation de CO_2. L'auteur admet que la peau exhale 2 à 3 litres d'eau par 24 heures à la température de 32°. L'exhalation est plus forte pour le corps recouvert de vêtements que pour la peau nue, la température étant supposée la même. LÉON FREDERICQ.

Ueber Innervation des Froschherzens (Sur l'innervation du cœur de grenouille), par HEYMANS (*Archiv für Physiol.*, *p.* 391, 1893).

Le cœur entier de la grenouille débité en coupes et traité d'après la méthode rapide de Golgi montre dans toutes ses parties un réseau

nerveux suffisamment riche pour que chaque cellule musculaire puisse être considérée comme innervée directement par des fibrilles nerveuses. Il est inutile d'admettre que l'excitation se transmet de fibre musculaire à fibre musculaire sans intervention de fibrilles nerveuses. L. FREDERICQ.

Uebér Beziehungen der Thätigkeit willkürlicher..... (Relations entre l'activité des muscles volontaires et la fréquence et l'énergie des battements du cœur. Action du curare), par J. JACOB (*Archiv für Physiol., p.* 305, 1893).

L'exercice musculaire augmente la fréquence et l'énergie des battements de cœur. L'auteur admet qu'il s'agit d'une action réflexe ayant pour point de départ et pour voie centripète les nerfs sensibles des muscles, pour centre et pour voie centrifuge, le centre et les nerfs accélérateurs du cœur.

Cette action réflexe se montre à chaque excitation électrique du tronc ou du bout central des sciatiques, même après section des splanchniques et curarisation de l'animal. L'augmentation de pression qui se montre toujours, d'après l'auteur, quand il s'agit de mouvements volontaires, est mise hors de cause par la section des splanchniques.

Au contraire, les contractions musculaires provoquées par l'excitation du bout périphérique des sciatiques coupés, n'ont pas d'action sur le cœur.

L'auteur a constaté que le curare augmente l'excitabilité du centre modérateur du cœur. LÉON FREDERICQ.

Bemerkungen über die Erstickung des Herzens (Remarques sur l'asphyxie du cœur), par O. LANGENDORFF (*Archiv f. Physiol., p.* 416, 1893).

L'auteur insiste sur la similitude que présentent les phénomènes de l'asphyxie étudiés du côté de l'appareil respiratoire et les phénomènes de l'asphyxie du cœur : période d'excitation, pause, période de pulsations affaiblies, arrêt définitif. Les groupes de Luciani sont l'analogue du phénomène de Cheyne-Stokes. LÉON FREDERICQ.

I. — Ueber die Einwirkung der Temperatur auf die Gefässwande (Influence de la température sur la paroi vasculaire), par G. PIOTROWSKI (*Centralbl. für Physiol., VI, p.* 701 *et VII, p.* 225).

II. — Idem, par A. GRUENHAGEN (*Ibid., VI, p.* 829).

I. — Le tissu des fibres musculaires lisses (artères, muscle recto-coccygien du lapin, rate) s'allonge par le froid, se raccourcit par la chaleur: il se comporte donc comme le caoutchouc. Il s'agit ici d'une propriété physique qui s'observe sur le tissu après la mort tout comme sur le tissu frais et vivant.

II. — Les muscles lisses de grenouille s'allongent par l'échauffement, se raccourcissent par le refroidissement. Il en est de même du *Detrusor vesicæ* de la souris. Cette propriété est liée à la vie des fibres musculaires. Quant aux fibres lisses des vaisseaux du lapin, les expériences faites avec de grosses artères ne peuvent résoudre la question de l'influence de la température ; les fibres lisses sont ici mélangées à trop d'éléments élastiques. Or, on sait que ces derniers s'allongent fortement par un abaissement de température et se raccourcissent par la chaleur.

Il faut donc opérer sur de très petits vaisseaux et mesurer par exemple la vitesse d'écoulement du sang. C'est ce qu'a fait Pfalz pour l'oreille du lapin ; il trouve une accélération du courant sanguin (allongement des fibres lisses) sous l'influence d'une élévation de température, un ralentissement sous l'influence d'une diminution de température. Mais ces phénomènes ne s'observent plus après la section des nerfs.

LÉON FREDERICQ

Action des courants de polarisations musculaires comme excitants de la contractilité, par A. ROUXEAU (*Soc. de biologie*, 15 *juillet* 1893).

Les expériences semblent prouver la réalité des forces électromotrices de polarisation comme excitants efficaces de la contraction musculaire. Elles viennent à l'appui de l'opinion de Grützner et Tigerstedt pour qui la secousse de rupture est due en partie aux courants secondaires de polarisation et à l'appui de l'opinion de Boudet de Pâris qui attribue à la même cause le tétanos de Ritter. Il ne faut, pour produire des effets marqués de polarisation, ni une grande intensité, ni une longue durée du courant. Ces faits expliquent la différence des résultats obtenus en employant un interrupteur simple ou un levier-clef de Du Bois-Reymond, ce dernier appareil accentuant encore les phénomènes de polarisation.

DASTRE.

Untersuchungen über Kraftsinn..... (Recherches sur le sens de l'effort), par Carl JACOBJ (*Arch. f. exp. Path. u. Pharmak.*, *XXXII*, 1-2, *p.* 49, 24 *août* 1893.)

En considérant toutes les résistances dans l'acte du soulèvement d'un poids, l'augmentation perceptible de poids est le 1/20 du poids primitif, celui-ci étant variable et le soulèvement ayant lieu par le bras ou la mâchoire. Le sens de l'effort, c'est-à-dire la faculté de distinguer la grosseur des poids soulevés (résistance vaincue) ne dépend pas du sens du toucher ou de la pression de la peau, ni de la sensation fournie par l'extension des muscles ou des tendons, mais il résulte de la comparaison de la grandeur de la force d'innervation employée avec la durée de la période latente, c'est-à-dire du temps qui s'écoule entre le moment où l'on veut le soulèvement et le commencement du mouvement.

La durée de la période latente est indépendante de la grandeur de la force d'innervation employée pour soulever le poids ; à force d'innervation égale, cette durée est proportionnelle au poids, de telle sorte que la durée de la période latente, pour un poids donné, correspond à une certaine force d'innervation. La perception du début du mouvement est peut-être fournie par les articulations, mais on peut admettre aussi qu'elle peut être donnée par les appareils sensibles que contiennent les muscles et les tendons.

PAUL TISSIER.

La durée de l'excitabilité des muscles et des nerfs, après la mort, est bien plus grande qu'on ne le croit généralement, par A. D'ARSONVAL (*C. R. Acad. des Sc.*, 26 *juin* 1893).

Les physiologistes admettent que, chez les animaux supérieurs, l'excitabilité électrique du nerf disparaît en moins d'une heure, et celle du muscle quelques heures après la mort. Cela est vrai quand on prend

pour décéler cette excitabilité le raccourcissement en masse du muscle, c'est-à-dire la contraction visible à l'œil nu ou au myographe. Mais ayant eu l'idée d'employer le microphone pour étudier les vibrations du muscle à l'état actif, avec un microphone spécial, à réglage magnétique, dit *myophone*, l'auteur a constaté que le muscle, au myophone, ne fusionne pas les secousses, contrairement à ce que montre le myographe, et rend un son bien avant que l'excitation soit suffisante pour amener la contraction en masse. Comme ce bruit disparaît si l'on coupe le nerf moteur ou si l'on empoisonne l'animal par le curare, et comme il ne saurait être attribué à la circulation, puisqu'il persiste, après suppression de celle-ci, chez la grenouille, il en résulte que le nerf peut agir sur le muscle sans qu'il y ait contraction apparente, mais simple vibration moléculaire. Or ce même mode d'investigation étant appliqué après la mort, on reconnaît que l'excitabilité des nerfs peut durer plusieurs heures encore. Sur un lapin l'auteur a pu entendre le bruit musculaire dix heures après la mort. Ces expériences viennent à l'appui des faits de survie des tissus constatés par Brown-Séquard au moyen d'autres procédés, et sont en parfaite harmonie avec les preuves de vie *post mortem* récemment signalées par A. Gautier.

M. DUVAL.

Beiträge zur Ernährungslehre (Contributions à l'étude de la nutrition), par von NOORDEN (*Archiv für Physiol.*, *p.* 371, 1893).

1° Un sujet absorbe pendant plusieurs jours une ration alimentaire riche en albuminoïdes et comprenant 380 grammes de féculents, de manière à maintenir exactement l'équilibre d'azote ; puis pendant trois jours il remplace les féculents par une quantité de graisse isodyname au point de vue chimique. L'équilibre d'azote se trouve rompu ; la perte d'azote est de 2, 2 1/2, 5 grammes par jour. Le sujet revient à son ancien régime : l'équilibre d'azote se rétablit. Les hydrocarbonés sont donc beaucoup mieux utilisés dans l'organisme de l'homme (pendant une expérience de courte durée) que les graisses, comme moyen d'empêcher la destruction de l'albumine ;

2° Un sujet absorbe pendant plusieurs jours une ration alimentaire mixte assurant l'équilibre d'azote ; puis on augmente notablement la quantités d'aliments non azotés de cette ration (excès de graisse et de féculents).

L'expérience prolongée pendant quinze jours donna comme résultat : dépôt de 2,606 grammes de graisse, dépôt de 309 grammes d'albumine représentant 1,455 grammes de chair musculaire dans l'organisme du sujet ; perte de 560 grammes d'eau ;

3° Un sujet pesant 99,5 kilogrammes fut soumis pendant vingt jours à un régime alimentaire des plus restreints : 125 grammes d'albumine, 25 à 45 grammes de fécule et 65 grammes de graisse par jour pendant les 12 derniers jours. Il avait maigri de 5 kilos à la fin de l'expérience ; il y avait un léger gain d'azote.

L'équilibre d'azote peut donc être maintenu chez les obèses qui suivent un régime destiné à les faire maigrir ;

4° L'équilibre d'azote est fort difficile à réaliser chez les goutteux (expérience sur trois patients). Il y a tantôt rétention d'azote, tantôt élimination exagérée.

LÉON FREDERICQ.

Ueber die Wirkung des Kochsalzes (Action du sel marin sur la digestibilité et la désassimilation de l'albumine, par S. GABRIEL (*Zeitstch. f. Biologie, XXIX, p.* 554, 1893).

Expériences faites sur trois moutons. Le chlorure de sodium exerce une action nulle ou très faiblement favorable sur la digestibilité de l'albumine. L'action sur la désassimilation de l'albumine varie suivant des conditions mal déterminées. LÉON FREDERICQ.

I. — Présence dans le penicilium glaucum d'un ferment agissant comme l'émulsine, par E. GÉRARD (*Soc. de biologie*, 17 *juin* 1893).

II. — Remarques sur les ferments solubles secrétés par l'aspergillus niger et le penicilium glaucum, par E. BOURQUELOT (*Ibid.*).

I. — On connaît déjà les ferments invertine (sucrase) et diastase (amylase) sécrétés par le penicilium (Bourquelot). L'auteur constate que le même champignon fournit un agent qui dédouble l'amygdaline en glucose, essence d'amandes amères et acide cyanhydrique qui dédouble aussi la salicine complètement en glucose et saligénine. Cet agent est identique à l'émulsine.

II. — Un ferment soluble ne pouvant exercer qu'une seule action, on est obligé d'admettre que l'aspergillus niger cultivé sur le liquide de Raulin sécrète la diastase, l'invertine, la maltase, la tréhalase, l'inulase et l'émulsine en petite quantité. Le penicilium glaucum sécrète l'invertine, la diastase, la maltase, l'inulase, la tréhalase, mais moins abondamment que l'aspergillus : en revanche il produit la lab et la trypsine. La multiplicité de ces ferments leur permet de vivre dans les milieux les plus divers et explique leur ubiquité. DASTRE.

Contribution à l'étude de la physiologie de l'estomac, par Ch. CONTEJEAN (*Journ. de l'anat. et de la physiol., janvier et mai* 1893).

De cette longue et belle étude expérimentale nous signalerons les conclusions suivantes :

L'acide principal du suc gastrique, chez les mammifères et les batraciens, est l'acide chlorhydrique, comme il est aisé de le démontrer en préparant son sel de cobalt. Le suc gastrique du chien ne renferme jamais d'acide chlorhydrique libre ; mais on y trouve toujours des traces d'acide lactique, même lorsque le suc gastrique est absolument pur et exempt d'aliments. La muqueuse stomacale peut sécréter un acide différent de l'acide chlorhydrique si l'on sature l'organisme d'un sel autre que le chlorure de sodium.

Les glandes stomacales de la grenouille, tout en sécrétant des acides, fabriquent aussi des ferments digestifs. Les glandes œsophagiennes de ce batracien sécrètent une pepsine plus abondante et plus active que la pepsine stomacale.

Les glandes gastriques des chats nouveau-nés renferment des cellules principales, alors qu'elles ne sécrètent pas encore de pepsine ; le développement des cellules principales paraît être en rapport avec la quantité du suc gastrique sécrété. Tous ces faits montrent que la production des acides ne saurait être localisée dans les cellules de bordure, pas plus que celle des ferments dans les cellules principales.

Le nerf pneumogastrique est, chez les batraciens, le nerf coordinateur des mouvements de l'intestin antérieur; il renferme des filets moteurs commandant surtout aux fibres longitudinales, et aux sphincters cardiaque et pylorique. Il renferme en outre des filets inhibiteurs pouvant suspendre les mouvements réflexes de l'estomac. Le sympathique exerce son action sur les fibres circulaires.

La pneumogastrique exerce chez la grenouille une influence excitante sur toutes les sécrétions de l'estomac; le sympathique une action inhibitrice. Le centre des réflexes correspondants se trouve dans les plexus nerveux intra-stomacaux.

Chez les mammifères, l'excitation électrique du pneumo-gastrique montre que ce nerf fournit des filets sécrétoires et vaso-dilatateurs à l'estomac. Comme chez les batraciens, les centres nerveux, commandant par voie réflexe la sécrétion du suc gastrique, se trouvent dans les plexus myentériques. M. DUVAL.

Sur les stimulants de la sécrétion du suc gastrique, par A. SANOTZKY (*Arch. des Sc. biologiques de St-Pétersbourg*, n° 5, *p.* 589, 1892).

La sécrétion du suc gastrique reconnaît deux mécanismes distincts, et sa qualité diffère profondément suivant que c'est l'un ou l'autre de ces deux mécanismes qui agit dans la sécrétion.

L'influence du pneumogastrique que stimule un excitant psychique spécial, donne lieu à la sécrétion d'un suc extrêmement actif au point de vue de la digestion.

Le nerf sympathique, au contraire, stimulé par la résorption dans l'estomac provoque la sécrétion d'un suc doué d'un très faible pouvoir digestif. E. MOSNY.

I. — Note sur l'histogenèse du pancréas; la cellule centro-acineuse, par E. LAGUESSE (*Soc. de biologie*, 10 *juin* 1893).

II. — Histogenèse du pancréas; la cellule pancréatique, par E. LAGUESSE (*Ibid.*, 1er *juillet* 1893).

III. — Activité digestive du pancréas des animaux à jeun, normaux et dératés, par J. CARVALLO et PAETRON (*Ibid.*, 17 *juin* 1893).

IV. — Ferments du pancréas : leur indépendance physiologique, par DASTRE (*Ibid.*, 17 *juin* 1893).

I. — Les cellules *centro-acineuses* de Langerhans (1869) fusiformes, étoilées, ont été considérées comme épithéliales par lui et par Saviotti, Latschenberger; comme conjonctives par Boll, Ebner, Renaut, Podwyssotski; comme nerveuses par Pflüger. En remontant jusqu'à l'origine embryonnaire de ces cellules, l'auteur reconnaît leur nature franchement épithéliale.

II. — L. a suivi chez la truite les modifications de la cellule pancréatique. Il signale la formation précoce des granules de zymogène dissous instantanément par l'acide acétique, l'apparition du noyau avec réseau délicat et granules nodaux de nucléine, le nucléole enfin qui offre les réactions de la paranucléine.

III. — Les glandes digestives fournissent des extraits, sucs artifi-

ciels, qui sont surtout actifs pendant la période de digestion, inactifs s'ils sont pris à jeun et soustraits après ablation à l'action de l'air. C'est au moins ainsi que l'on peut interpréter les résultats de Schiff, Herzen, Heidenhain. De plus, la rate favoriserait l'activité du suc pancrétique (Herzen). Les auteurs, en opérant sur des chiens à l'état de jeûne absolu depuis 5 jours, normaux ou dératés, et sans exposition préalable à l'air, ont obtenu des digestions complètes de fibrine. Ils contestent donc les assertions précédentes.

IV. — L'auteur a cherché les moyens d'obtenir isolément les ferments nombreux du pancréas. Il en a trouvé deux : la macération rapide et l'état de jeûne. Une macération rapide du pancréas divisé en gros fragments, dans l'eau salée à 7 0/00, est riche en ferment amylolytique et indigente quant au ferment protéolytique. Inversement, les sucs artificiels de seconde macération, riches en trypsine, sont relativement pauvres en ferment amylolytique. Les deux ferments sont recueillis isolément.

L'influence de l'état de jeûne n'est pas moins caractéristique. Le ferment protéolytique subsiste, mais le ferment amylolytique disparaît plus ou moins complètement. DASTRE.

Leber und Galle während dauernden Verschlusses von Gallew und Brustgang (Le foie et la bile pendant l'oblitération permanente du canal hépatique et du canal thoracique), par Vaughan HARLEY (*Archiv für Physiol.*, p. 291, 1893).

Fleischl et Künkel (1873, 1874) ont montré qu'après ligature des voies biliaires, la lymphe qui s'écoule par le canal thoracique est chargée des principes caractéristiques de la bile. Kufferath (1880) a constaté que si on lie en outre le canal thoracique, les principes de la bile ne se retrouvent pas dans le sang quelques heures après l'opération. L'auteur a répeté les mêmes expériences en cherchant à conserver en vie les animaux qui avaient subi la ligature des voies biliaires et celle du canal thoracique. Il est bon de conserver un intervalle de quelques jours entre les deux opérations; sans cette précaution, on risque de voir les voies biliaires se déchirer dans le voisinage de l'endroit lié, sous l'influence de l'augmentation de pression due à l'accumulation de la bile. Si cet accident ne survient pas, les animaux survivent.

Les lymphatiques semblent bien constituer la seule voie par laquelle la bile pénètre dans le sang. En effet, après double ligature des voies biliaires et du canal thoracique, la bile n'apparaît en général pas dans les urines, à moins qu'il ne s'établisse une voie lymphatique collatérale au canal thoracique, comme c'est, d'ailleurs, le cas au bout de quelques jours.

La quantité de bile sécrétée diminue notablement après la ligature des voies biliaires. Cette bile est pauvre en acides biliaires.

La bile qui s'accumule dans les voies biliaires après la double ligature, et qui y subit un certain degré de concentration, est également relativement pauvre en acides biliaires, très riche au contraire en cholestérine et en mucine. Si la sécrétion des cellules hépatiques est fortement entravée par l'opération, on voit qu'il n'en est pas de même des cellules des glandes mucipares.

A la suite de la double oblitération, il se produit une énorme dilatation des voies biliaires et une atrophie des cellules hépatiques : la circulationne paraît nullement troublée. Si l'animal est nourri d'aliments maigres, l'accumulation de lymphe et de chyle dans le système du canal thoracique est peu considérable : il ne se produit ni œdème, ni hydropisie. LÉON FREDERICQ.

I. — Des échanges gazeux et de la calorimétrie chez les chiens rendus glycosuriques à l'aide de la phloridzine, par OUCHINSKY (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 4).

II.— Phlorhizindiabetes beim Frosche (Diabète phloridzique chez la grenouille), par M. CREMER (*Zeits. f. Biologie*, *XXIX*, *p.* 175, 1893).

I. — Chez les chiens ayant ingéré 1 à 2 grammes de phloridzine et devenus glycosuriques, la quantité d'acide carbonique éliminé et d'oxygène absorbé ne varie guère par rapport à l'état normal. L'urée et l'azote urinaire sont un peu diminués.La quantité de chaleur élaborée par l'animal baisse considérablement, en même temps qu'il survient de l'apathie et de la somnolence. Les chiens maigrissent vite, les décompositions organiques sont actives ; mais la calorification n'a pas de rapport direct et constant avec cette intensité des échanges. GIRODE.

II. — Pour provoquer à coup sûr le diabète phloridzique chez la grenouille, il faut introduire la phlorhidzine en substance sous la peau du dos par une petite plaie que l'on recoud soigneusement. C'est également par la voie sous-cutanée qu'il convient d'introduire la substance quand on expérimente sur le poulet ou le lapin. LÉON FREDERICQ.

Die Abstammung des beim Phlorhidzindiabetes ausgeschiedenen Zuckers (L'origine du sucre excrété dans le diabète phloridzique), par W. PRAUSNITZ (*Zeits. f. Biol. XXIX*, *p.* 168, 1893).

L'auteur prend deux chiens semblables A et B pesant chacun 23 kilogrammes ; il tue A et détermine la quantité de glycogène des muscles et du foie ; il trouve 21g,74 dans le foie, 67g,15 dans les muscles, ce qui permet d'évaluer à environ 100 grammes le total des hydrocarbonés du corps.

Le chien B qui est censé contenir également environ 100 grammes d'hydrocarbonés est soumis pendant douze jours à un jeûne rigoureux. On lui administre de la phloridzine à haute dose (92 gr. en tout). Les urines furent recueillies : elles contenaient en tout 286g,70 de sucre, soit trois fois plus que le glycogène présent dans le corps au début de l'expérience. Le chien B fut d'ailleurs tué pour y déterminer le glycogène ; il en restait encore environ 25 grammes dans l'ensemble du corps.

Une seconde expérience donna des résultats analogues : chien *a* de 6 kilogrammes contenant environ 30 grammes de glycogène, soit 5 grammes par kilogramme. Chien *b* de près de 8 kilogrammes à jeun pendant 8 jours, ingérant 25 grammes de phloridzine et éliminant 115g,33 de sucre par les urines, contenant à la fin de l'expérience environ 5 grammes de glycogène.

Dans les deux expériences la quantité de sucre éliminé sous l'influence de la phloridzine dépassait très notablement celle qui aurait pu se former

par transformation du glycogène contenu dans le corps au début de l'expérience. LÉON FREDERICQ.

I. — Studien über Glykogen (Étude sur le glycogène), par W. SAAKE (*Zeitsch. f. Biologie, XXIX, p.* 429, 1893).

II. — Ueber die Neubildung von Kohlehydraten in hungernden Organismus (Sur la néoformation d'hydrocarbonés dans l'organisme pendant l'abstinence), par N. ZUNTZ (*Archiv für Physiol., p.* 378, 1893).

III. — Ueber das Verhalten einiger Zuckerarten im thierischem Organismus (Action de quelques espèces de sucres sur l'organisme animal), par Max CREMER (*Zeitschr. f. Biologie, XXIX, p.* 484, 1893).

IV. — Ueber die puerperale Lactosurie..... (Sur la lactosurie puerpérale après l'ingestion de sucre de raisin), par von NOORDEN (*Archiv für Physiol., p.* 385, 1893).

I. — Fränkel (*Arch. de Pflüger*, vol. 52) avait affirmé que le glycogène n'existe pas à l'état libre dans le tissu du foie, mais s'y trouve combiné à une matière albuminoïde. Il se basait principalement sur ce fait que le foie ne cède pas son glycogène à l'eau froide et que pour extraire cette substance, il faut employer des agents qui altèrent l'albumine (ébullition, action des acides, etc.) et détruisent par là la combinaison d'albumine et de glycogène. L'auteur a soumis la doctrine de Fränkel à la critique expérimentale et s'est convaincu de son inexactitude : le foie peut parfaitement céder son glycogène à l'eau froide. Si le phénomène se passe avec une lenteur relative, cela provient de l'absence de diffusibilité du glycogène qui l'empêche de traverser les membranes organiques; l'ébullition, les acides, etc., agissent en détruisant la continuité des obstacles mécaniques qui s'opposent à la diffusion. L'auteur admet que le glycogène est incorporé mécaniquement à un substratum non albuminoïde. Il n'est pas possible d'entrer ici dans le détail des nombreuses expériences instituées par l'auteur.

II. — Plusieurs lapins furent nourris pendant deux jours avec du lait, puis furent laissés à jeun pendant 24 heures pour éliminer les hydrocarbonés encore contenus dans l'intestin. Les animaux furent soumis pendant plusieurs heures au tétanos strychnique, ce qui permet d'éliminer complètement le glycogène du foie et ne laisse que des traces de glycogène dans le reste du corps. On sacrifia plusieurs des sujets pour y doser le glycogène et s'assurer de sa disparition presque complète. Les autres sujets furent endormis par le chloral ou l'uréthane, et le sommeil maintenu pendant 48 à 74 heures, de manière à empêcher les mouvements musculaires. On les tua ensuite et l'on constata que le foie et les muscles contenaient une certaine quantité (en tout un peu plus d'un gramme et demi) de glycogène de nouvelle formation. L'urine contenait d'ailleurs de l'acide urochloralique.

Dans une autre série d'expériences, les animaux reçurent, outre e chloral, de la phloridzine en injection sous-cutanée (0 gr. 1 par kilogramme d'animal). Chez un des sujets le sommeil fut prolongé pendant 119 heures ; l'animal avait fourni 5 gr. 25 de sucre par les urines, et contenait encore 1 gr. 286 de glycogène dans le foie et dans les muscles.

III. — L'auteur admet que le glycogène ne peut se former aux dépens de la graisse, mais qu'il peut provenir de la transformation de l'albumine. Si, après l'ingestion d'une certaine quantité de sucre, on observe une augmentation du glycogène hépatique, on ne pourra conclure avec certitude à la transformation directe du sucre en glycogène que si la quantité de glycogène formée dépasse manifestement celle qui pourrait provenir de la destruction organique de l'albumine. La valeur de la destruction organique de l'albumine est donnée par le dosage de l'azote des urines.

L'auteur a constaté avec certitude la formation de glycogène aux dépens de dextrose et de lévulose, sucres qui tous deux fermentent facilement. La mannose et la galactose ne fermentent qu'avec certains microbes : leur ingestion augmente manifestement la proportion du glycogène hépatique, sans que l'on puisse cependant affirmer formellement que ce glycogène ne provient pas de la transformation de l'albumine désassimilée en même temps. Les pentoses (xylose, arabinose, rhamnose) ne fermentent pas ; leur ingestion augmente faiblement le glycogène hépatique. Leur transformation directe en glycogène est donc douteuse.

Il semble donc exister, chez les différents sucres, une certaine corrélation entre la faculté de fermenter et l'aptitude à la transformation en glycogène hépatique. Il serait intéressant d'étudier sous le même rapport l'action du sucre de raisin gauche qui ne fermente pas.

IV. — Un individu sain peut absorber 100 à 150 grammes de sucre de lait en une fois ; le sucre de lait n'apparaît pas dans les urines, ou n'apparaît qu'en très faible quantité. L'ingestion de sucre de lait augmente chez les diabétiques l'excrétion de sucre de raisin par les urines. Chez les femmes en couches, l'ingestion de sucre de lait (et aussi celle de sucre de raisin) produit la lactosurie ou augmente la proportion de sucre de lait dans les cas où la lactosurie existait déjà. La combustion organique de la lactose paraît donc plus difficile chez la femme en couches.

LÉON FREDERICQ.

Des gaz du sang efférent des capsules surrénales, par A. CHASSEVANT et LANGLOIS (*Soc. de biologie*, 1er *juillet* 1893).

L'hémorragie capsulaire est surtout veineuse. Elle fournit un sang rutilant, pauvre en hémoglobine réduite (Alezais et Arnaud), la communication du système artériel avec les veines ayant lieu par un système lacunaire. C. et L. ont recueilli le sang de la veine précapsulaire et analysé l'oxygène par la méthode de Schutzenberger. Ce sang est très riche en oxygène (15 à 20 0/0 de liquide sanguin), tandis que le sang veineux des membres en contient seulement de 8 à 13, dans les mêmes conditions.

DASTRE.

I. — Beitrag zur Physiologie..... (Physiologie de la sécrétion urinaire normale chez l'homme), par SUTER et MEYER (*Arch. f. exp. Path. u. Pharmak., XXXII*, 3-4, 12 *septembre* 1893).

II. — Idem, par A. JAQUET, SUTER et MEYER (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 1er *juillet* 1893).

I et II. — L'activité des deux reins est parallèle et presque constam-

ment on trouve une infériorité, faible d'ailleurs, du rein gauche. Le poids spécifique de l'urine des deux reins est identique ou diffère très peu. Les différences pour le contenu en acide urique se chiffrent en centigrammes, pour l'acide phosphorique en milligrammes. Cette infériorité du rein gauche est-elle d'ordre fonctionnel ou anatomique, on ne saurait le dire.

Ces observations ont été faites chez un jeune enfant atteint d'exstrophie vésicale. PAUL TISSIER.

Die Temperatur des in die Niere einströmenden Blutes und des aus ihr abfliessenden Harnes (La température du sang qui se rend au rein et celle de l'urine qui s'en écoule), par G. GRIJNS (*Archiv für Physiol., p.* 78, 1893).

L'auteur a mesuré sur de grands chiens la température du sang artériel de l'aorte et celle de l'urine au sortir du bassinet, au moyen de petits thermomètres très sensibles. Il a constaté dans les différents cas un léger excès de température de l'urine, surtout lorsque l'écoulement de l'urine se faisait rapidement. LÉON FREDERICQ.

Studien über die elementaren Farbenempfindungen (Études sur les sensations colorées élémentaires, par F. HOLMGREN (*Skandin. Arch. f. Physiol., III, p.* 152 *et* 153).

Les expériences de l'auteur confirment pleinement l'existence des trois *énergies spécifiques* de la rétine admise dans la théorie de Young-Helmholtz. L'excitation punctiforme de la rétine par une image jaune très petite donne suivant le point excité, une sensation tantôt rouge, tantôt verte, tantôt incolore. De même un point bleu apparaît vert, violet, bleu ou incolore, suivant que son image atteint tel ou tel élément rétinien. Les points lumineux rouges, verts ou violets sont vus avec leur couleur propre. Il faut donc admettre dans la rétine une juxtaposition d'éléments sensibles les uns au rouge, les autres au vert ou au violet.

LÉON FREDERICQ.

Ueber den Absonderungsdruck..... (Sur la pression de sécrétion des glandes sudoripares et sur le vernissage de la peau), par Max LEVY-DORN (*Archiv f. Physiol., p.* 383, 1893, *et Zeit. f. klin. Med., XXIII, p.* 309).

La pression sous laquelle la sueur peut continuer à être sécrétée dépasse notablement la pression artérielle, ce qui démontre comme pour les glandes salivaires le rôle actif joué par les cellules glandulaires dans le processus de sécrétion. LÉON FREDERICQ.

Ueber das Resorptionsvermögen der menschlichen Haut (Puissance de résorption de la peau humaine), par DU MESNIL (*Deutsche Arch. f. klin Med., L, p.* 101, 1892).

Dans ce travail l'auteur n'étudie que la résorption des liquides et des corps en solution. Il conclut que la peau humaine intacte n'est pas perméable à l'eau et aux substances indifférentes, même après une action de longue durée. Les substances dites kératolytiques, acide salicylique, phénique, salol en solution à 1 0/0 sont rapidement résorbées par la peau intacte avant l'application d'un vésicant. Cette résorption ne se fait

pas par une solution de continuité des téguments extérieurs, mais grâce à une action spécifique des médicaments sur la couche cornée, qui rend cette couche perméable à ces substances. C. LUZET.

Zur Physiologie und Pathologie der Geruchsempfindungen, par VALENTIN (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte, n° 1, p.* 36, 1er *janvier* 1893).

L'examen de l'odorat par les méthodes de G. Valentin, de Kammerer ou d'Aronsohn n'est pas possible en clinique. Valentin préfère recourir à l'olfactomètre de Zwaardemaker (*R. S. M.*, XXXIII, 434) qu'il a quelque peu modifié.

Voici les résultats auxquels Valentin est arrivé :

1° Une anosmie relative peut être facilement reconnue par cet olfactomètre, alors même qu'elle a échappé en faisant flairer directement des substances à odeur forte ;

2° Quand l'anosmie est absolue, l'ammoniaque et l'acide acétique sont nettement perçus, mais ne peuvent être distingués l'un de l'autre. Le menthol est également senti.

3° L'hyperosmie, même affirmée par les malades, ne peut être démontrée ; elle tient donc en général à une illusion due à l'exagération de la réaction psychique. Il en est de même de la prétendue exacerbation du sens olfactif due à la strychnine que Frœhlich a rendue classique.

4° La finesse de l'odorat est excessive chez les enfants, mais elle diminue au fur et à mesure de l'âge. L'extrême susceptibité des gens âgés pour certaines odeurs ne dépend pas d'une finesse plus grande de leur sens olfactif, mais est aussi de nature psychique. J. B.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Zur Pathogenese der acutem allgemeinen Carcinomatose..... (Sur la pathogénie de la carcinomatose généralisée aiguë et sur quelques rares métastases cancéreuses), par Ludwig KAUTOROWICZ (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. n°* 20, 31 *octobre* 1893).

Chez une femme de 51 ans, à la suite de l'ablation d'un carcinome du sein droit, apparurent : une phlébite cancéreuse de la veine sous-clavière droite, un envahissement cancéreux des muscles pectoraux et de la plèvre droite. Compression du poumon droit ; métastases cancéreuses pleurale et pulmonaire ; envahissement des veines pulmonaires : métastases hépatiques, cardiaques, thyroïdiennes, gastro-intestinales, rénales, réno-capsulaires, du bassinet, de la vessie, des muqueuses vaginale, utérine, du muscle utérin, de la trompe, du péritoine, du pancréas, etc. PAUL TISSIER.

De la nature parasitaire du cancer, par H. GIBBES (*The Amer. j. of the med. sc., p.* 1, *juillet* 1893).

Pour étudier la question, l'auteur s'est mis dans des conditions com-

parables en choisissant des faits où des parasites connus développent des néoplasmes de l'organe ou des tissus dans lesquels ils se trouvent. Dans ce but, la psorospermie du foie des lapins peut être regardée comme réalisant les meilleures conditions.

Elle y détermine une dilatation des conduits biliaires, par suite de l'irritation chronique amenée par la multiplication de la coccidie oviforme (Leuckart) dans leur cavité. Les aspects qui ont fait croire que les parasites étaient développés dans les cellules des conduits biliaires sont dus aux degrés différents de développement de la capsule.

Les aspects donnés par un trop petit nombre d'examens de carcinomes glandulaires sont déterminés par une formation cellulaire endogène : la grande majorité des carcinomes glandulaires ne montre rien qui puisse être regardé comme parasitaire lorsque les coupes ont été obtenues par une méthode qui, appliquée aux tissus normaux, ne modifie pas la coupe normale des tissus. F. VERCHÈRE.

Das Krebsstroma und die Grawitz'sche Theorie..... (Le stroma du carcinome et la théorie des cellules dormantes de Grawitz), par D. HANSEMANN (*Archiv. f. path. Anat. u. Physiol.*, *CXXXIII*, 1).

Hansemann étudia une centaine de carcinomes et une soixantaine de tumeurs bénignes pour savoir d'où viennent les cellules qui se trouvent dans le tissu conjonctif de leur stroma.

Les carcimones à *stroma peu développé* et *sans infiltration cellulaire* sont constitués : 1° par des cellules carcinomateuses (d'origine épithéliale), réunies en amas ou en traînées ; 2° par des tractus de tissu conjonctif, dans lesquels les cellules sont aussi rares que dans le tissu conjonctif normal.

Les carcinomes, qui *possèdent un stroma de nouvelle formation* et, par conséquent, plus riche en cellules que le tissu conjonctif normal, sont pourvus de quatre sortes de cellules : 1° cellules fusiformes ou étoilées accompagnées de cellules remplies de granulations très colorables (mastzellen) ; ce sont les cellules conjonctives ordinaires ; 2° cellules aplaties, rangées contre les parois des canalicules lymphatiques ; 3° cellules à noyau très colorable et à peu de protoplasma, analogues à celles des ganglions lymphatiques : ce sont des *lymphocytes* ; 4° cellules à noyau lobé ou bourgeonnant : ce sont des *leucocytes*.

Hansemann signale un fait important au sujet des carcinomes dont le stroma est riche en cellules. Dans ce cas, il a toujours constaté la présence d'un grand nombre de mitoses dans le tissu conjonctif du stroma. Ce sont essentiellement les cellules du tissu conjonctif et des cellules endothéliales qui sont le siège de la division indirecte, quand le stroma est rempli de petites cellules ; tandis qu'on observe les mitoses des lymphocytes, quand le tissu conjonctif est infiltré de cellules lymphoïdes à un seul noyau.

Ces faits expliquent suffisamment la multiplication des cellules du tissu conjonctif, sans qu'il soit besoin, selon Hansemann, d'invoquer le réveil des cellules dormantes.

Quant à l'origine des leucocytes, Hansemann les regarde comme des globules blancs qui sont arrivés là par émigration. ÉD. RETTERER.

Ueber parasitäre Zelleinschlüsse..... (Sur les inclusions cellulaires parasitaires dans les tissus sarcomateux), par A.-D. PAWLOWSKY (*Archiv f. path. Anat., CXXXIII.* 3).

L'étude de 14 cas de sarcomes a fourni à Pawlowsky des résultats intéressants sur la présence de parasites dans les cellules de ces tumeurs.

Les cellules sarcomateuses présentent des corpuscules sphériques ou ovoïdes, ayant tous les caractères de véritables spores. De plus, on y voit des kystes remplis de ces mêmes spores, qui ont toutes les propriétés des sporocystes des sporozoaires. En se développant, les spores s'entourent d'un contour protoplasmatique; elles se divisent et apparaissent en forme de demi-lunes, réunies par des filaments nucléaires, ou bien elles prennent une configuration falciforme et s'entourent plus tard d'une capsule. Le nombre des spores contenues dans un kyste varie de 1 à 40. Leur volume est également très variable.

Les cellules qui renferment les spores sont plus volumineuses et hypertrophiées.

Pour montrer la nature parasitaire de ces spores, Pawlowsky injecta des morceaux frais de ces sarcomes dans le sac lymphatique de quelques grenouilles et sous la peau de deux lapins. Au bout de cinq jours, on put constater chez la grenouille la présence de spores entre les cellules dégénérées du sarcome. Après 2 ou 4 semaines, on reconnut leur présence sur les coupes.

Les résultats furent négatifs chez les lapins.

Ces faits semblent démontrer que les spores sont le point de départ des parasites ; elles pénètrent dans le protoplasma de la cellule, s'y divisent et infiltrent cet élément. En se multipliant, les spores s'entourent d'une capsule.

Ces parasites appartiennent au groupe des protozoaires et en particulier aux microsporidies, qui représentent une espèce de psorospermie.

Pawlowsky pense que ces parasites sont en rapport direct avec le développement des tumeurs sarcomateuses. ED. RETTERER.

Preparaten einer malignen Nierenstruma, par J. ISRAEL (*Berlin. klin. Woch., n°* 49, *p.* 1259, 5 *décembre* 1892).

Il s'agit d'une de ces tumeurs rénales malignes dérivées de germes erratiques des capsules surrénales et bien connues depuis les travaux de Grawitz (*R. S. M.*, XXII, 474; XXIV, 504; XXV, 63 et XXVIII, 32). Le cas d'Israël offre deux particularités ; il a été diagnostiqué pendant la vie et les métastases avaient une étendue tout à fait insolite.

L'affection de cet homme datait de plus de trois ans, car dès cette époque on avait constaté la présence de deux tumeurs au niveau de la onzième et de la douzième côtes, ayant, l'une, le volume d'une cerise, l'autre, d'une noix. Un an plus tard, elles ne s'étaient pas modifiées.

Cachexie sans cause appréciable. Résection des deux côtes avec ablation des tumeurs.

L'extrémité supérieure du rein renfermait une tumeur grosse comme une pomme.

Après incision de la capsule adipeuse, on aperçut à la surface du rein toute une série de proéminences noires, grosses comme des noyaux de cerises. Israël renonça à l'extirpation.

Ultérieurement, il se développa de nouvelles tumeurs, d'abord dans le poumon (hémoptisies, matité, etc.), puis au niveau de l'épine iliaque gauche, ensuite au voisinage de la cicatrice succédant à l'ablation des tumeurs costales, enfin une tumeur du volume des deux poings entre le sacro-lombaire et la ligne axillaire. Mort au milieu d'une émaciation extrême.

Autopsie. — Le rein malade n'a que 3 centimètres de longueur de plus que l'autre. A son extrémité supérieure, se trouve une tumeur ayant les dimensions d'une pomme et d'aspect lobulaire, grâce à l'apposition de nouveaux noyaux à sa périphérie. Cette tumeur offre à l'œil nu tous les caractères du « goitre malin » rénal : dégénération graisseuse, formation de cavités et de kystes hémorragiques, surface sèche. Les cavités, remplies de caillots desséchés et entourées de capsules conjonctives, correspondent aux différents lobules ou noyaux de la tumeur qui ne s'est pas accrue depuis l'opération, c'est-à-dire depuis deux ans. Des noyaux font saillie à la face postérieure du rein, sous forme de masses d'un noir bleuâtre résultant du ramollissement hémorragique de particules disséminées de la masse.

A peu de distance, se voit une tumeur de dimensions colossales, ayant subi partiellement la transformation kystique et qui est devenue superficielle entre le sacro-lombaire et la ligne axillaire. Israël l'avait ponctionnée à diverses reprises et constaté dans le liquide sanguinolent des cristaux de cholestérine, beaucoup de cellules à granulations graisseuses et quelques détritus cellulaires à gros noyaux. La même dégénérescence kystique se retrouve dans beaucoup de métastases de la tumeur mère. Le poumon droit en contient des millions, de sorte qu'on croirait avoir affaire à une tuberculose expérimentale. Le poumon gauche en renferme également qui n'avaient pu être diagnostiquées. Du côté gauche, il existe une pleurésie hémorragique, tandis que, du côté droit, le poumon est soudé à la paroi thoracique par des fausses membranes calleuses très épaisses. Du côté droit, le thorax était rétracté et la bronche principale obstruée par des masses morbides. Le foie renferme, outre une tumeur présentant les mêmes caractères que celle du rein, de nombreux kystes, gros comme des noix, à parois flasques et à contenu séreux. Les deux capsules surrénales sont également farcies de noyaux. Fait intéressant au point de vue de l'origine embryonnaire de ces tumeurs, la capsule surrénale est située beaucoup plus bas, beaucoup plus près du hile rénal qu'à l'état normal. La rate est intacte, tandis que la totalité des ganglions lymphatiques du corps offre les mêmes altérations que la tumeur mère.

J. B.

Ueber die Structur der Niereadenome..... (Sur la structure des adénomes du rein. Leurs rapports avec les strumæ suprarenales aberratæ de Grawitz), par P. SUDECK (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol., CXXXIII*, 2).

Sudeck décrit nombre d'adénomes du rein et montre que les tumeurs décrites par Grawitz sous le nom de *strumæ suprarenales aberratæ* rentrent également dans cette catégorie.

Voici les principaux résultats de ce travail :

Il n'existe pas d'adénomes papillaires dans le rein. Les prétendues formations papillaires ne sont qu'apparentes. En effet, ce sont uniquement des adénomes alvéolaires parvenues à un haut degré de développement. Les adénomes alvéolaires ont une évolution variable : ils peuvent avoir de beaux alvéoles, tapissés d'un revêtement épithélial, qui est formé de longues cellules cylindriques. Souvent la lumière de l'alvéole est comblée par les cellules remplies de graisse. D'autres fois, l'adénome n'est constitué que par un réseau de cellules de nouvelle formation, qui n'arrivent pas à prendre la configuration alvéolaire.

Ce qui est caractéristique pour l'adénome rénal, c'est la production de cellules aux dépens de l'épithélium rénal, la richesse des vaisseaux sanguins et l'absence du stroma conjonctif,

Les carcinomes noueux du rein dérivent des adénomes ; ce sont des adénocarcinomes, ou plutôt des épithéliomas cylindriques.

Les « adénomes multiples du rein atrophié » sont complètement distincts des vrais adénomes, parce qu'ils représentent, non des tumeurs véritables, mais des formations qui ont pris naissance par voie inflammatoire. Ils se sont développés à la suite d'hyperplasie et d'ectasie.

ED. RETTERER.

Ueber Russel'sche Fuchsinkürperchen und Goldmann'sche Kugelzellen (Sur les corpuscules à fuchsine de Russel et les cellules à sphérules de Goldmann) par **K. TOUTON** (*Arch f. path. Anat., CXXXII*, 3).

Touton décrit les réactions micro-chimiques des corpuscules sphériques qu'il trouva dans les cellules conjonctives et dans les vaisseaux sanguins dans un cas de sarcome cutané généralisé et dans un carcinome du prépuce.

Il arrive au résultat suivant : les corpuscules sphériques qu'on observe dans les vaisseaux sanguins et dans les cellules conjonctives (les cellules migratrices y comprises) dérivent d'une substance homogène (hyaline) qui a pris naissance dans le sang. A la suite des troubles circulatoires et d'altérations sanguines, l'hémoglobine, ou la substance albuminoïde, du globule rouge du sang subit une sorte de coagulation qui produit les corpuscules sphériques. ED. RETTERER.

Mécanisme du processus hyperplasique dans les tumeurs épithéliales, par FABRE-DOMERGUE (*C. R. Acad. des Sc.*, 26 *mai* 1893).

Le processus hyperplasique des néoplasmes épithéliaux dépend du sens de la division de la cellule épithéliale ; normalement, dans les épithéliums de revêtement, l'axe de division cellulaire est perpendiculaire à la couche basilaire ; sur les diverses variétés de tumeurs, on voit au contraire les fuseaux achromatiques s'orienter autour de centres plus ou moins espacés. On peut donc se demander s'il ne serait pas possible d'agir sur le sens de la division cellulaire. En expérimentant avec l'électricité sur les infusoires, on a obtenu une orientation longitudinale de la cellule dans le sens du courant. La loi du mécanisme cytodiérétique des tumeurs, telle que la conçoit l'auteur, présenterait donc, outre son intérêt intrinsèque, une portée beaucoup plus générale, subordonnée au développement futur des recherches sur les applications de l'énergie à la direction de l'orientation cellulaire. M. D.

Contribution à l'étude du cancer primitif diffus de la plèvre, par ROSSIER (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XIII*, 1, *p.* 103).

L'auteur n'admet pas que le cancer, dit endothélial, de la plèvre commence en une multitude de points à la fois ; les tumeurs ont toujours eu une certaine durée. On peut admettre que le carcinome commence en un point et gagne rapidement en surface, au lieu de gagner en épaisseur. Ordinairement, il est impossible de retrouver le point de départ, parce

qu'à l'autopsie la tumeur s'est déjà généralisée à toute la plèvre. La tumeur gagne ensuite, mais secondairement, les ganglions et le parenchyme pulmonaire. C. LUZET.

Myoma lævicellulare malignum, par R. LANGERHANS (*Berlin. klin. Woch.*, n° 14, *p.* 338, 3 *avril* 1893).

Femme de 60 ans, ayant depuis l'âge de 40 ans le ventre de plus en plus volumineux et dur. Mort avec anasarque des membres inférieurs et dyspnée extrême.

Autopsie : Le poumon gauche renferme un grand nombre de nodosités, variant entre les dimensions d'un grain de chénevis et celles d'un œuf de pigeon. Tous ces noyaux ont une consistance molle, une couleur gris rougeâtre ; ils ne présentent ni capsule, ni enveloppe, et sont immédiatement entourés du tissu alvéolaire des poumons. Le poumon droit offre les mêmes nodosités de différentes grosseurs, sous-pleurales et intra-parenchymateuses, mais il contient en outre un gros noyau, reconnu pendant la vie à la présence d'une matité absolue du côté droit de la face antérieure du thorax ; ce noyau s'étend en haut jusqu'au dessus de la clavicule, en bas jusqu'au 3e espace intercostal, en dehors jusqu'à la ligne axillaire antérieure, en dedans jusqu'au centre du sternum. Reins hydronéphrotiques. L'utérus est rempli par des tumeurs dont l'une l'a perforé à son sommet pour s'étaler au dehors, presque aussi volumineuse qu'une tête d'enfant. A l'intérieur des parois utérines, se trouvent de nombreuses nodosités variant du volume d'un grain de chénevis à celui d'une noix, se laissant en partie facilement énucléer. Une partie des tumeurs et nodosités sont calcifiées, d'autres kystiques. Deux tumeurs de même nature, grosses l'une comme une noix, l'autre comme un haricot, font saillie immédiatement l'une au-dessous de l'autre, sous forme de champignons, dans le rectum, à 17 centimètres au-dessus de l'anus.

Les tumeurs de consistance ferme sont des fibromyomes ordinaires, mais il est d'autres tumeurs formées principalement ou uniquement de fibres musculaires lisses sans trace de tissu conjonctif, sauf dans leurs parties centrales plus vieilles. La tumeur qui a perforé le sommet de l'utérus est formée de fibres musculaires lisses.

Les tumeurs des poumons ont la même structure histologique, sauf qu'elles sont en métamorphose adipeuse déjà avancée ; en outre, dans ces tumeurs métastatiques, les éléments sont un peu plus gros et présentent çà et là des formes un peu insolites : cellules musculaires lisses très courtes ; cellules musculaires n'ayant de prolongement qu'à l'un de leurs pôles, tandis que l'autre est arrondi ; cellules musculaires ayant à leurs deux pôles des prolongements ramifiés ; enfin, cellules musculaires renflées en sphère au niveau de leur corps.

En résumé, il s'agit d'un fait rare de coexistence d'un grand nombre de fibromes utérins plus ou moins calcifiés, avec deux tumeurs, composées, en majeure partie pour l'une, en totalité pour l'autre, de fibres musculaires lisses. Cette dernière tumeur est devenue maligne, a perforé l'utérus et déterminé de nombreuses métastases dans les poumons. (*R. S. M.*, XXV, 232). J. B.

Su di un raro caso di pseudo-leucemia acuta, par GROSSI CARMINE (*La Riforma medica*, *p.* 62-74, 8 et 10 *juillet* 1893).

Homme de 37 ans, pris il y a environ 5 mois de malaise général avec perte des forces, et douleurs vagues occupant surtout le thorax et les membres inférieurs ; depuis une quinzaine de jours, tuméfaction des gan-

glions de la partie latérale gauche du cou, puis des ganglions axillaires et inguinaux du même côté et douleurs dans l'épaule gauche avec irradiations dans le bras. A l'entrée à l'hôpital, œdème du membre avec dilatation des veines sous-cutanées: T. 39°,4 et 39°,8 ; épanchement pleural gauche; foie et rate volumineux, débordant les fausses côtes, tous les ganglions lymphatiques de la moitié gauche du corps sont tuméfiés, ceux du côté droit sont respectés ; 3,120,000 globules rouges, mais pas d'augmentation du nombre des leucocytes ; mort par cachexie 26 jours après l'entrée à l'hôpital, moins de 6 mois après le début des accidents.

Les cultures du sang et celles du suc ganglionnaire extrait pendant la vie sont restées stériles. A l'autopsie, les ganglions forment des masses de coloration blanc grisâtre à la coupe ; liquide jaune citrin dans la plèvre gauche ; tuméfaction des ganglions péribronchiques, masse lobulée du volume d'une tête de fœtus adhérente à la face postérieure de la poignée du sternum, ne comprimant pas les organes du médiastin; à l'examen histologique, les ganglions lymphatiques sont infiltrés de petites cellules arrondies ayant peu de protoplasma, avec quelques éléments polynucléés ; les lésions sont un peu variables dans les différentes régions. Petits nodules lymphoïdes dans la plèvre gauche. GEORGES THIBIERGE.

Anatomie pathologique de la grippe, par N.-I. KOUSKOW (*Gaz. clin. de Botkine*, 13 *avril*-15 *juin* 1893).

Travail important, basé sur quarante autopsies des cas de grippe, sans complications capables de modifier le tableau anatomique.

La *peau* présente souvent de l'érythème exsudatif multiforme, parfois avec points d'hémorragie.

Les *muscles* paraissent être indemnes à l'œil nu (sauf hémorragies dans 3 cas sur 40), mais le microscope révèle parfois de la dégénérescence albumineuse dans quelques fibres isolées. Dans un cas l'hémorragie intramusculaire a été généralisée à toute une moitié du corps. La cause de ces hémorragies serait une paralysie du centre vasomoteur.

La *dure-mère* a été toujours intacte, sauf un cas de méningite hémorragique interne. La pie-mère et le cerveau sont gorgés de sang dans la moitié des cas; une seule fois, il y a eu méningite suppurée.

Le *péricarde* renferme presque toujours 10 à 20 grammes d'un liquide séreux, limpide; il est parfois couvert de masses sanguines. Dans cinq cas, le liquide plus abondant, 30 à 85 grammes, est louche ; en même temps il y a de la pleurésie suppurée.

Le *myocarde* est presque toujours mou, grisâtre et exsangue, terne à la coupe; le microscope y révèle de la dégénérescence albumineuse ou hyaline, mais rarement graisseuse. Les lésions des cellules cardiaques ressemblent à celles de la dothiénentérie et de la diphtérie. Le tissu interstitiel du myocarde présente souvent des points d'hémorragie.

La muqueuse des *voies respiratoires* est riche en lésions inflammatoires (tuméfaction, congestion, aspect terne); les hémorragies n'y sont pas rares et dans quelques cas la muqueuse est nécrotisée soit dans les couches superficielles, soit dans toute son épaisseur. Toute la surface de la muqueuse est couverte d'une masse muqueuse et granuleuse, contenant des cellules épithéliales, des hématies, des leucocytes et des microbes les plus variés. L'examen microscopique du *pharynx* révèle de la dilatation des capillaires et des veinules et de la désquamation épithéliale.

Dans les *bronches*, l'épithélium est desquamé parfois sur une grande étendue et soulevé par un épanchement sanguin. Les microbes, plus rares dans les grosses bronches, se trouvent par masses dans les *bronchioles* qui contiennent des bouchons de leucocytes, de fibrine et d'une substance hyaline. Les artères sont rarement thrombosées, mais leur endothélium est tuméfié et a une tendance à la prolifération. Les *alvéoles pulmonaires* présentent dans tous les lobes avec une égale fréquence des noyaux de pneumonie soit grise, soit jaune, soit rouge. Ces noyaux sont mal délimités, sont plus souvent mous que durs et laissent souvent sourdre à la pression une goutte de pus. Les noyaux suppurés ou nécrotisés ne sont pas exceptionnels. L'examen microscopique permet de reconnaître l'infiltration hémorragique de certaines alvéoles, ainsi que la fréquence des points de suppuration n'occupant que cinq ou six alvéoles; les points de nécrose consécutifs à des thromboses des artérioles ne sont pas rares non plus. Les formes cocciennes des microbes sont plus fréquentes que les formes bacillaires, dans le tissu alvéolaire. Le tissu interstitiel est imprégné par du sang et par des leucocytes.

Sur 40 cas, il y a 19 cas de *pleurésie* dont 10 suppurées.

La *rate* est le plus souvent diminuée de volume et a un aspect caractéristique pour la grippe : coupe sale, gris-violette avec des taches rouges du volume des petits pois; pulpe molle se détachant facilement, travées et corpuscules de Malpighi à peine appréciables. Les hémorragies et la nécrose sont encore ici très fréquentes. L'endothélium des vaisseaux a une tendance à la desquamation et à l'obstruction de la lumière vasculaire.

Même tendance hémorragique et nécrotisante dans la muqueuse du *tube digestif*, surtout de l'estomac et de l'intestin grêle. Le *foie* est rarement augmenté de volume; dégénérescence albumineuse des cellules hépatiques, souvent nécrose de plusieurs lobules. Les hémorragies sont rares dans le foie. Elles sont également rares dans les *reins*. Ceux-ci présentent de la dégénérescence albumineuse et vacuolaires de l'épithélium, ainsi que de la nécrose de l'épithélium seul ou de tous les tissus d'un ou de plusieurs tubuli.

En somme, on peut distinguer deux formes anatomiques principales de la grippe : *a*) forme hémorragique et *b*) forme septico-pyohémique avec points de suppuration et de nécrose, locaux et métastatiques.

H. FRENKEL.

Beitrag zur Lehre von der Abscedirung der fibrinösen Pleuropneumonie (Suppuration de la pleuro-pneumonie fibrineuse), par K. ZENKER (*Deut. Arch. f. klin. Med., L, p.* 855).

Les parties suppurées du poumon sont infiltrées de globules blancs et ne possèdent plus que peu de filaments de fibrine (colorée par la méthode de Weigert); celle qui persiste ne se colore plus que difficilement. Dans les coupes, le seul microbe visible est le pneumocoque lancéolé de Talamon-Fränkel, et les cultures montrent une énorme prédominance de ce microbe sur toutes les autres formes bactériennes. Il existe aussi en très grande quantité dans les abcès, où il n'est pas associé aux autres microbes ordinaires de la suppuration. Ce fait est à l'appui du rôle pyogène du pneumocoque. C. LUZET.

Plaie pénétrante de poitrine par arme à feu. Déchirure de l'aorte ascendante. Guérison. Mort 22 ans plus tard par pneumonie double, par BREMME (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *V*, *p.* 62, *janvier* 1893).

Bremme a eu l'occasion de faire, le 4 juin 1892, l'autopsie d'un homme qui le 27 novembre 1870, à la bataille d'Amiens, avait reçu une balle dans la poitrine. La blessure fut suivie d'une affection cardiaque à développement lent et d'inflammations répétées des poumons. Autopsie. Au niveau du deuxième espace intercostal gauche, à 5 centimètres au-dessus du mamelon, sur le trajet de la ligne mamelonnaire, cicatrice d'entrée du projectile dont l'orifice de sortie se trouve, du côté droit, au niveau de la quatrième côte, dans la ligne axillaire. Les deux cavités pleurales ont complètement disparu par suite des adhérences généralisées entre les deux feuillets de la séreuse. Pas trace de péricardite. Cœur très hypertrophié. Insuffisance mitrale.

Sur la face antérieure de l'aorte ascendante, à l'endroit où elle sort du péricarde, tumeur arrondie, du volume d'une noix de muscade, de consistance ferme et de surface un peu bosselée, mais se laissant déprimer sous le doigt en produisant un bruit sec. Au niveau de cette dilatation anévrismale, se voit une déchirure transversale de l'aorte, longue de 2 centimètres, béante de 2 millimètres, à bords irréguliers; la petite tumeur a une cavité rugueuse et ne renferme ni sang ni caillots; en aval de la déchirure, l'aorte est dilatée de 1 centimètre.

Le poumon gauche est très difficile à dégager de ses adhérences pleurales; il offre des foyers d'hépatisation multiples. Le poumon droit est soudé à la paroi thoracique et également hépatisé. Impossible de reconnaitre à son intérieur le trajet de la balle. La quatrième côte droite présente au niveau de sa portion moyenne, une tuméfaction rugueuse au centre de laquelle se trouve un trou. J. B.

Ein Fall von vollständiger Agenesie..... (Un cas d'agénésie totale des deux poumons), par H. SCHMITT (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol.*, *CXXXIV*, 1).

Schmitt décrit le cas d'absence complète de poumon chez un fœtus de 8 mois, d'ailleurs bien développé. Le larynx est à sa place, mais fendu sur sa face dorsale. A la suite du larynx se trouve un tube long de 6 millimètres et dont les parois ventrales renferment dix cerceaux cartilagineux. Le reste de ce tube est musculeux et représente l'œsophage. En un mot, larynx et trachée-artère s'ouvrent par toute leur face dorsale dans le pharynx et l'œsophage; il n'existe qu'un conduit unique à la place de ces deux tubes.

Dans la poitrine, on remarque l'absence complète des cavités pleurales. Le diaphragme existe; mais, à gauche, il monte jusqu'au bord supérieur de la 4e côte et l'intervalle entre le diaphragme et les premières côtes est rempli par du tissu adipeux,

Entre la moitié *droite* du diaphragme et les premières côtes se trouve le cœur avec le péricarde.

Les artères, ainsi que les veines pulmonaires, font défaut. ED. RETTERER.

Matériaux pour l'étude des changements survenant dans la moelle jaune des os longs sous l'influence d'abondantes saignées répétées, par A.-A. KOHAN (*Thèse de St-Pétersbourg*, 1893).

Les saignées sont un excitant puissant de l'activité de la moelle osseuse: sous leur influence, la moelle jaune inactive se transforme en moelle lymphoïde active. Les principaux changements qui surviennent pendant cette métamorphose consistent dans la disparition des cellules grais-

seuses et dans la multiplication des autres éléments cellulaires, surtout des cellules géantes, des lymphocytes et des leucocytes. Parmi les cellules graisseuses, les unes s'atrophient, les autres se transforment en cellules géantes. Les myéloplaxes se forment soit par prolifération des cellules myéliniques dérivées des cellules graisseuses, soit aux dépens du protoplasma et du noyau de la cellule adipeuse, soit enfin par karyokinèse. Le nombre d'hématies et la quantité d'hémoglobine diminuent notablement le lendemain de la saignée : au contraire, le nombre des globules blancs est augmenté. Dans le sang apparaissent des macrocytes, des microcytes et des granulations de pigment brun ; la quantité des globules blancs contenant des bulles de graisse augmente également. H. FRENKEL.

Note sur l'examen bactériologique de la moelle et des nerfs dans la syringomyélie, par PITRES et SABRAZÈS (*Arch. clin. Bordeaux*, *mai* 1893).

Cet examen a été fait dans trois cas où les lésions syringomyéliques n'étaient pas douteuses et n'a donné qu'un résultat négatif au sujet du bacille de Hansen. L'un de ces cas avait trait à l'examen d'un filet nerveux excisé dans une zone d'hypoesthésie à la piqûre et à la chaleur ; les lésions névritiques étaient manifestes ; on n'a trouvé ni bacilles ni microbes d'aucune espèce. Dans les deux autres faits, même absence de bacilles et l'examen de la moelle a offert les lésions classiques de la syringomyélie. D'après ces résultats, il y aurait donc lieu de regarder cette affection comme une maladie distincte de la lèpre, malgré les analogies symptomatiques qu'elles présentent entre elles. OZENNE.

Ueber Meningomyelitis..... (De la méningo-myélite et en particulier de la méningo-myélite chronique), par WIETING (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XIII*, *p.* 411, 1893).

Dans un cas de pachyméningite cervicale hypertrophique, qui avait donné cliniquement le tableau de la paralysie bulbaire progressive, l'auteur a noté les lésions suivantes : tout d'abord, lésion considérable des méninges, consistant en un épaississement inflammatoire chronique, avec soudure de l'arachnoïde avec la dure-mère et la substance nerveuse. Les lésions vasculaires étaient analogues à celles causées par la syphilis. Au niveau de la moelle, l'inflammation s'était propagée par les septa pie-mériens, à la zone marginale. En outre, il existait des foyers de dégénérescence primitive sans connexion directe avec les lésions marginales ; à savoir : 1° un grand foyer dans la pyramide droite ; 2° un grand foyer au centre de la substance grise s'étendant dans presque toute la longueur de la moelle, mais ayant son maximum là où les lésions méningitiques étaient le plus marquées ; 3° des stries de prolifération névrogliques ; 4° un foyer de prolifération névroglique, allongé entre le corps restiforme, d'une part, et la racine ascendante de l'acoustique et celle du trijumeau, d'autre part. Ces lésions paraissent gouvernées par la distribution vasculaire. — Il existe, en outre, des lésions de dégénérescence secondaire : 1° dégénération ascendante dans le cordon pyramidal gauche ; le cordon antérieur droit n'est pas dégénéré, mais fortement diminué de volume ; 2° dégénérescence ascendante de la pyramide droite ; 3° petite dégénération du cordon postérieur, diminution du corps restiforme gauche. Enfin, la plupart des nerfs bulbaires sont dégénérés à partir de leur passage dans le foyer de pachyméningite. C. LUZET.

Conditions biologiques de la régénération d'un nerf sectionné et de sa restitution fonctionnelle, par LABORDE, et discussion (*Bull. Acad. de méd., mars et avril* 1893).

Laborde, à l'occasion d'un fait de suture nerveuse, suivi du retour immédiat de la sensibilité et communiqué par Berger, discute les conditions de la régénération des nerfs sectionnés et de leur restitution fonctionnelle. Pour cet auteur, les expériences physiologiques ne permettent pas d'attribuer au simple affrontement des bouts du nerf divisé la restitution organique et fonctionnelle de ce nerf, qui serait dès lors extemporanée.

Cette restitution ne peut être obtenue que par la régénération des tubes nerveux, par le mécanisme du bourgeonnement central et de l'expansion périphérique des nouvelles fibres nerveuses.

Pour expliquer et interpréter la persistance ou le retour plus ou moins rapide de la sensibilité, après suspension momentanée, il faut faire intervenir diverses conditions dépendant des phénomènes de sensibilité récurrente; des phénomènes d'arrêt fonctionnel sous l'influence du choc traumatique, quand il existe; des suppléances anatomiques et la présence de fibres récurrentes non dégénérées dans le bout périphérique.

Les phénomènes d'arrêt et d'hyperexcitabilité fonctionnelle ou de dynamogénie ne sont pas contestables, ils peuvent intervenir dans l'interprétation physiologique de certaines conditions fonctionnelles, mais ils ne peuvent être invoqués pour la compréhension du rétablissement persistant et définitif des fonctions propres des conducteurs nerveux, en dehors de leur régénération.

Néanmoins les indications et l'efficacité de la suture se justifient par les résultats de l'observation expérimentale et des notions physiologiques.

Le Fort rapporte plusieurs faits qui prouvent nettement qu'en affrontant, par la suture, les deux bouts d'un nerf divisé, on rétablit immédiatement la continuité du courant de transmission ou de conduction nerveuse. On ne peut pas soutenir qu'en pareil cas il y ait déjà réparation régénératrice.

L'auteur est partisan de la théorie qui compare le fluide nerveux au fluide électrique entre lesquels il y a analogie, sinon identité de nature et d'action. Cette analogie est prouvée par le passage du courant nerveux par simple contact entre les deux parties du conducteur, d'abord divisé, puis ensuite réuni.

Le Dentu signale deux cas dans lesquels des lésions trophiques des doigts, dépendant d'une névrite traumatique du médian, ont cédé en quelques jours à une opération. Dans le premier cas, on a fait l'élongation du nerf et, dans le second, la suture des deux bouts du nerf, qui avait été sectionné au poignet. Quant à la cause qui ramène le rétablissement immédiat de la sensibilité après les sutures en général, elle n'est pas encore démontrée et, pour l'auteur, la théorie de la dynamogénie est celle qui lui paraîtrait le plus probable.

Brown-Séquard communique et discute un certain nombre de faits concernant cette théorie, et il conclut que, si la suture des nerfs coupés fait réapparaître en partie les fonctions perdues, c'est parce que de l'in-

hibition avait été produite par la section et que la suture, par l'irritation de l'opération, transforme cet état dynamique en état dynamogénique.

OZENNE.

Ueber fettige Degeneration des Herzens (De la dégénérescence graisseuse du cœur), par **KREHL** (*Deut. Arch. f. klin. Med., LI, p.* 416).

Krehl a recherché par les procédés chimiques les variations de la graisse dans le cœur. Il les compare aux chiffres normaux. L'eau (normalement et en moyenne 79,5 0/0) augmente un peu, mais d'une façon très peu importante. Même dans les cas de néphrite ou de lésion chronique du myocarde, il n'existe pour ainsi dire pas d'œdème du cœur. La lécithine, constante dans le cœur sain, varie beaucoup dans les cœurs malades sans qu'on en puisse chercher la raison dans l'état de la nutrition générale ou dans l'existence ou l'absence de fièvre. Les chiffres extrêmes pour le cœur sec sont 1,1 0/0 et 6,3 0/0. La graisse (extrait éthéré moins la lécithine, c'est-à-dire triglycérides, cholestérine et matières colorantes) varie beaucoup. Dans l'empoisonnement par le phosphore on trouve dans les auteurs de 23 à 30 0/0 d'extrait éthéré pour le cœur sec ; mais on ignore combien de lécithine il en faut défalquer. Des recherches ont été faites sur les poids que l'on trouve dans les anémies graves, les tumeurs malignes, la tuberculose pulmonaire, les maladies du cœur, les néphrites chroniques, les maladies infectieuses, l'alcoolisme. Nous ne pouvons entrer dans le détail.

La cause immédiate de la dégénérescence graisseuse du myocarde serait toujours ou presque toujours l'insuffisance de l'oxygénation du tissu. D'autre part, il n'a pas trouvé de rapport direct entre la faiblesse du cœur et la quantité de graisse que son muscle contenait. C. LUZET.

Beitrag zur fettigen Degeneration des Herzens (Etude sur la dégénerescence graisseuse du cœur), par **C. GOEBEL** (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, n° 18, 17 *septembre* 1893).

La dégénérescence graisseuse du cœur débute le plus souvent par îlots pour devenir ensuite diffuse par extension et fusion progressive des îlots, mais il est le plus souvent possible de reconnaître des foyers où la dégénérescence est plus marquée. Les gouttelettes graisseuses ne se trouvent que dans le sarcoplasme interfibrillaire et pour cette raison sont toujours ordonnées en série suivant la longueur des fibrilles.

La striation transversale n'est pas essentiellement atteinte du fait de la dégénération graisseuse. Cependant les gouttelettes graisseuses étant disposées en stries longitudinales, la striation fibrillaire apparaît (surtout lorsqu'on traite par l'acide acétique) beaucoup plus nette que la striation transversale.

La myocardite segmentaire est relativement souvent associée à la dégénérescence graisseuse ; elle est fréquemment encore peu marquée (saillie des lignes scalariformes).

Quant à sa répartition, la dégénérescence graisseuse est assez rarement proportionnelle en intensité dans les points correspondants à leurs localisations, aux autres lésions du cœur, qu'il s'agisse d'hypertrophies ou

de dilatations, isolées ou associées, compliquées ou non, unilatérales ou bilatérales.

La dégénérescence graisseuse générale par cause générale est rarement également répartie dans le cœur, mais est plus marquée par places d'ailleurs variables.

Les parties les plus fortement dégénérées siègent surtout sous l'épicarde ou l'endocarde et au contact même du tissu interstitiel conjonctif et adipeux. PAUL TISSIER.

Ueber die Bedeutung der Veränderungen...,.. (Sur la signification des modifications qui surviennent dans le ciment des cellules musculaires du cœur), par BROWICZ (*Archiv f. path. Anat., CXXXIV*, 1).

Browicz décrit avec soin les différences qui existent entre l'état apparent des lignes intercellulaires des fibres cardiaques dans certains états pathologiques et la dislocation, ou fragmentation, des cellules cardiaques. La phase initiale qui indique les altérations du ciment des lignes intercellulaires consiste dans ce fait, que le ciment devient plus apparent. Plus tard, le ciment gonfle, et peu à peu les cellules cardiaques se dissocient ; ce qui aboutit à la fragmentation du cœur.

Comme cette altération n'atteint que certaines portions du myocarde, la contraction des fibres normales amène une dislocation complète des faisceaux musculaires atteints de fragmentation. ED. RETTERER.

Ueber die Verdoppelung der unteren Hohlvene (Dédoublement de la veine cave inférieure), par ZANDER (*Deutsche med. Wochens., n° 2, p.* 43, 1893).

Sur un homme de 45 ans, on trouve la veine cave inférieure normale en haut ; à la hauteur de la première vertèbre lombaire, elle a un diamètre de 39 millimètres et reçoit la veine rénale droite. Là elle se dédouble ; le tronc veineux droit suit le trajet régulier de la veine cave inférieure ; le tronc veineux gauche passe devant l'aorte et reçoit la veine rénale gauche. Au-dessus de l'embouchure de la rénale, ce second tronc a un diamètre de 24 millimètres ; au-dessous, il ne mesure plus que 14 millimètres. Pas d'anomalie de la veine cave supérieure. L. GALLIARD.

I. — Note sur les altérations cellulaires du foie infectieux, par V. HANOT (*C. R. de la Soc. de biol.*, 17 *juin* 1893).

II. — Sur les néo-canalicules biliaires dans le foie infectieux, par V. HANOT et P. GASTOU (*Ibid.*, 15 *juillet* 1893).

I. — L'auteur a déjà signalé les lésions histologiques des *taches blanches* du foie infectieux témoignant d'un double travail irritatif et dégénératif. Il décrit avec plus de détails ces altérations *prolifératives* : (augmentation de la substance chromatique, formation de la plaque équatoriale et des plaques polaires ; *dégénératives*, état vésiculeux du noyau, hypertrophie et fragmentation de la nucléine ; *nécrobiotiques* : non coloration du noyau.

II. — Dans le cas où le processus est suraigu, les néo-canalicules provenant de la transformation des cellules hépatiques n'ont pas le temps de se produire ; de même, si l'irritation est insuffisante. (Voy. *R. S. M.*, XLII, 436.) DASTRE.

Contribution à l'histologie pathologique du foie dans le choléra, par Th.-I. ROMANOW (*Vratch*, n° 34, 1393).

L'auteur décrit des corpuscules particuliers qu'il a trouvés dans les capillaires et les veinules d'un foie cholérique. Isolés ou agglomérés en masses plus ou moins grandes, allant jusqu'à l'obstruction des capillaires, ces corpuscules ont la grandeur et la forme des globules rouges qu'ils accompagnent souvent dans les vaisseaux. Ils s'en distinguent par l'aspect graisseux, la couleur jaunâtre et les réactions histo-chimiques. Ils ne se colorent ni par l'éosine, ni par l'hématoxyline, ni par les préparations carminées; la créosote les rend plus clairs, de même le baume de Canada; l'acide osmique les teint en noir, mais par le procédé de Russell (Voy. *Ziegler's Beiträge*, t. XI, 1891, p. 125) ils attirent la fuchsine en même temps que le fond de la préparation prend la couleur verte; le ferrocyanure de potassium (2 0/0, 10-20 minutes) et l'acide chlorhydrique (1 0/0, 5-10 minutes) les colorent en bleu, le sulfure d'ammonium en noir. Ce pigment donne donc les réactions du fer et les corpuscules sont probablement des dérivés des globules rouges, dérivés formés pendant la vie. H. FRENKEL.

Étude histologique sur les altérations séniles de la rate, du corps thyroïde et de la capsule surrénale, par PILLIET (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 4).

La rate sénile est parfois petite, atrophiée, dure, montrant une capsule très épaisse et une charpente fibreuse hypertrophiée : ailleurs, l'aspect précédent est modifié par l'existence d'une forte injection sanguine. Mais l'organe offre toujours une assez grande dureté. Les corpuscules de Malpighi sont atrophiés, leurs éléments sont petits et déformés, leur périphérie est marquée par une formation fibrillaire ou lamellaire traduisant la disparition des cellules. Les artères qui occupent le centre des corpuscules sont fortement sclérosées. Quant à la pulpe, elle est également atrophiée, ses espaces sont effacés; parfois cependant ils sont élargis par l'injection sanguine. Tout traduit le ralentissement ou la suppression du travail hématopoiétique.

Le corps thyroïde du vieillard est petit, foncé, grenu, à coupe sèche. La trame fibreuse est fortement épaissie, et ses bandes circonscrivent des groupes ou îlots de follicules thyroïdiens. Dans ces îlots, les vésicules du centre contiennent encore de la substance colloïde, celles de la périphérie sont réduites à l'état glandulaire embryonnaire.

Les capsules surrénales sont aplaties et atrophiées. Les vésicules de Grandry sont atrophiées et surchargées de graisse. La substance centrale est remplacée par une cavité due à la désintégration cellulaire On observe aussi des lésions prolifératives, évolution nodulaire graisseuse et adénome. GIRODE.

Modifications du grand sympathique dans le diabète, par CAVAZZANI (*Centralbl. f. allg. Path.*, 1er *juillet* 1893).

Cavazzani ne croit pas que l'ablation du pancréas suffise à déterminer le diabète; il faut pour cela simultanément une lésion des ganglions sympathiques. A l'appui de ces idées, il cite un cas de diabète aigu terminé par la mort, dans lequel le pancréas fut trouvé sain anatomique-

ment, tandis que les ganglions sympathiques et les nerfs du plexus solaire offraient une dégénérescence marquée. A l'œil nu, le plexus cœliaque était atrophié : les ganglions nerveux étaient à la fois scléreux et stéatosés. Les ganglions lymphatiques cervicaux participaient aux mêmes lésions, mais à un moindre degré. H. R.

Die Amyloïderkrankung (La maladie amyloïde), par WICHMANN (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XIII, p.* 487, 1893).

L'auteur admet que la substance amyloïde se dépose tout d'abord entre les cellules et les fibres conjonctives, que par juxtaposition les fibrilles forment des trabécules qui, peu à peu, compriment et atrophient, par pression ou par gêne à l'apport alimentaire, les cellules et fibres; ces dernières disparaissent et la matière amyloïde semble s'être développée à leur place. L'infiltration amyloïde est interstitielle.

Au point de vue pathogénique, il admet que la maladie amyloïde se développe dans les organes dont les tissus ont perdu leur résistance physiologique et ne peuvent plus assimiler l'albumine apportée normalement par le sang. Cette albumine, infiltrée dans les lacunes des tissus, y demeure et subit tôt ou tard une transformation chimique, en partie par combinaison avec d'autres albuminoïdes ou avec leurs dérivés.

C. LUZET.

Kyste dermoïde du raphé périnéal et du scrotum, par RECLUS (*Gaz. hebd. de Paris*, 15 *juillet* 1893).

Ce kyste a été trouvé sur un jeune homme de 29 ans qui le portait depuis sa naissance ; mais il ne s'était un peu développé que depuis la puberté. Du volume d'une amande, situé à égale distance des bourses et de l'anus, il occupait la ligne médiane, était mou, dépressible et s'affaissait sous une pression continue ; il se formait alors deux diverticules, l'un antérieur et l'autre postérieur.

Le premier, ayant l'aspect d'un trajet canaliculaire, moniliforme, s'étendait jusque sur le scrotum.

En arrière, même prolongement, également moniliforme et se distendant comme le précédent, quand on pressait sur la poche principale.

Extirpation de la tumeur, qui offre tous les caractères des kystes dermoïdes. Le siège seul en est exceptionnel. OZENNE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Del modo di riparare le perdite di sostanza del cranio; plastiche della dura madre, par SACCHI ERCOLE (*La Riforma medica, p.* 337, 4 *août* 1893).

Chez le lapin trépané, auquel on a enlevé le disque osseux, la brèche osseuse se remplit d'un tissu fibreux qui ne s'ossifie jamais. Les disques osseux ou leurs fragments, qu'ils parviennent du crâne ou d'autres os, du même individu ou d'un autre, transportés au point trépané, se soudent

aux contours de la brèche, par l'intermédiaire du tissu fibreux, et il y a une vascularisation s'étendant de l'os trépané à celui qui occupe la brèche. Quand il y a perte de substance de la dure-mère et lésion de la substance cérébrale correspondante, celle-ci devient adhérente à la brèche osseuse et au tissu qui remplit la cavité. Les disques osseux transplantés subissent au début un processus de raréfaction de leur partie centrale, aboutissant le plus souvent à la destruction complète de l'os dont le tissu est complètement remplacé par un tissu conjonctif fibreux ; parfois, cependant, il persiste du tissu osseux. Les corps étrangers (gaze, ouate, os décalcifié, ivoire) insérés dans la brèche s'entourent d'un tissu fibreux, mais ne se calcifient jamais. Les disques de cartilage pur ou ayant subi une légère transformation osseuse peuvent non seulement y vivre, mais encore y produire de la substance osseuse.

Si on place sens dessus dessous le disque osseux muni de son propre périoste, le périoste dépassant les bords du disque lui-même et si on interpose entre le disque et la substance cérébrale des lambeaux revêtus de périoste ou des lambeaux de la dure-mère d'un autre sujet, on parvient à éviter l'adhérence du cerveau au disque osseux et au contour de la brèche osseuse, même lorsqu'il y a une perte de substance des méninges et de la substance cérébrale correspondante. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die Geschichte der Leucocyten..... (De l'histoire des leucocytes dans l'embolie causée par les corps étrangers), par J. ARNOLD (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol.*, *CXXXIII*, 1).

J. Arnold injecta dans la veine jugulaire des lapins 1 centimètre cube de gruau de froment trempé. En étudiant le tissu pulmonaire avec tous les soins techniques convenables, il put se rendre compte de la façon dont les corpuscules de froment avaient oblitéré les vaisseaux et de l'état des emboli ainsi produits.

En sacrifiant les animaux *quelques heures* après l'injection, il trouva que le nombre des globules blancs avait augmenté dans le poumon (globules blancs ordinaires à un seul noyau ou à noyau polymorphe). De plus il rencontra des globules blancs de grande taille, comme on n'en voit pas dans le sang normal du lapin. Ces divers globules blancs provenaient probablement des organes formateurs de ces éléments, ou bien résultaient de la division des globules blancs qui existaient déjà dans le sang.

Au bout de 6 ou 12 heures, la configuration des globules blancs s'est modifiée ; ils ont pris une forme arrondie, cubique ou bien ils se sont aplatis de façon à simuler un endothélium. Mais l'examen de la paroi vasculaire prouve que l'endothélium des vaisseaux n'a pas proliféré et que ces cellules aplaties ne sont que des globules blancs qui se sont étalés et rangés contre la paroi vasculaire. On pourrait penser que les globules blancs ont pénétré du dehors, mais J. Arnold s'est assuré, qu'au *bout de 6 ou 12 heures* après l'injection, il n'y a pas d'immigration de globules.

L'accumulation des globules blancs dans les vaisseaux sanguins reconnaît au début une seule cause : la présence du corps étranger dans le système circulatoire. Les corpuscules de froment produisent des troubles circulatoires et une augmentation de pression sanguine qui amène l'aug-

mentation du nombre des globules blancs, leur accumulation et leur aplatissement contre la paroi vasculaire.

J. Arnold n'a pu voir l'incorporation des corpuscules de froment dans les globules blancs ; il n'a pu constater trace de phagocytose. Les corpuscules de froment sont la plupart entourés plus ou moins complètement par les globules blancs, ou bien ces derniers se sont amassés dans l'intervalle des corpuscules de froment. Les emboli sont composés de corpuscules de froment et de globules blancs, mais d'une façon très variable. Dans les vaisseaux de petit calibre, les emboli bouchent complètement la lumière du canal, mais les gros vaisseaux sont incomplètement oblitérés.

Au bout de 24, 30 ou 36 heures, on trouve dans les gros vaisseaux, des emboli qui présentent des cellules de forme variée et des *cellules géantes*. Ces dernières ne semblent être que des dérivés de globules blancs.

Outre ces emboli composés de corpuscules de froment et de globules blancs, on en trouve un plus grand nombre qui sont formés uniquement de globules blancs.

D'autres emboli présentent de plus des plaquettes sanguines et des produits de coagulation. Cependant, la fibrine ne constitue qu'une partie accessoire d'un certain nombre d'emboli ; elle manque totalement dans la plupart.

A partir du troisième ou quatrième jour, la paroi vasculaire commence à se modifier : des leucocytes pénètrent du dehors dans les tuniques des vaisseaux, et les tissus de la paroi sont le siège de mitoses (endothélium y compris). En même temps, les emboli présentent des phénomènes de dégénération, de sorte que la lumière du vaisseau devient libre et laisse de nouveau passer le sang.

Plus tard la paroi vasculaire arrive, en proliférant, à entourer l'embolus, de façon à le séparer de la lumière du vaisseau et à l'englober dans la paroi elle-même.

En résumé, ces expériences établissent que les corps étrangers introduits dans le courant sanguin sont entourés par les globules blancs, d'origine vasculaire ; ceux-ci les isolent du torrent circulatoire. J. Arnold n'ose se prononcer sur la question de savoir si ces globules blancs sont capables de prendre part à l'organisation du thrombus, parce que les cellules de la paroi vasculaire viennent bientôt se joindre aux globules blancs d'origine vasculaire. ÉD. RETTERER.

Ueber die Veränderungen des Centralnervensystems..... (Sur les modifications du système nerveux central dans la cachexie thyroïdienne expérimentale des animaux), par F. DE QUERVAIN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXIII*, 3).

De Quervain a étudié, au point de vue clinique et histologique, cinq chiens, cinq chats et un singe dont on avait extirpé la glande thyroïde.

Voici les principaux résultats de ses recherches :

(*A*) 1° La tétanie strumiprive est la conséquence presque constante de l'extirpation totale de la glande thyroïde chez les chats et chez les chiens.

Elle résulte d'un trouble de nutrition, qui est susceptible fort souvent de s'améliorer.

2° La tétanie n'est pas déterminée par la plaie cutanée du cou ou bien par les symptômes qui accompagnent la guérison de cette plaie.

3° La tétanie strumiprive présente tous les caractères d'une intoxication du système nerveux central : la *moelle épinière* est peu atteinte, bien que son excitabilité soit augmentée pendant les convulsions et diminuée après leur cessation. Le *bulbe* est atteint davantage ; c'est à son altération qu'il convient de rapporter les troubles circulaires et respiratoires. Les *tubercules quadrijumeaux* et le *cervelet* sont également intéressés, et, c'est à leurs lésions que sont dus les mouvements de roulement et de rotation et les troubles d'équilibre qu'on observe si souvent après l'ablation du corps thyroïde. Mais l'organe qui joue le rôle essentiel dans les convulsions de l'attaque épileptiforme est sans contredit le *cerveau*. Si l'animal opéré devient de plus en plus stupide, de moins en moins sensible aux influences extérieures, il le doit à l'altération de la substance cérébrale.

Citons enfin l'absence de phénomènes compensateurs entre le corps thyroïde et la rate. Ce dernier organe ne subit nulle hypertrophie après l'ablation du premier.

B) Après avoir établi ces faits, de Quervain a tenté de déterminer les lésions du système nerveux central. Il a montré d'abord que les cellules nerveuses normales se colorent différemment, non pas selon le liquide fixateur employé, mais selon les conditions vitales de ces éléments, c'est-à-dire selon leur richesse en corpuscules chromophiles. Quant au système nerveux central des animaux morts de tétanie strumiprive, il ne présente aucune lésion constante que nos moyens actuels permettent de mettre sur le compte de l'ablation du corps thyroïde.

ÉD. RETTERER.

Nouvelle note sur les effets de la thyroïdectomie chez le lapin, par E. GLEY (*Soc. de biol.*, 1er *juillet* 1893).

L'auteur a obtenu 12 survies sur 55 opérations. Il a observé un certain nombre de cas où la mort a été tardive (21 à 47 jours après l'opération) et qui ont montré une paralysie et un affaiblissement progressifs avec perte de l'appétit.

La conservation d'une seule glandule ne suffit pas toujours à préserver les animaux.

On peut observer, mais rarement, la rémission des accidents. DASTRE.

Sur la pathogénie du diabète, nouvelles recherches et revue critique des hypothèses émises à ce propos, par N. DE DOMINICIS (*Arch. de méd. exp. V*, 4).

L'extirpation complète du pancréas, faite suivant les règles posées par Mering, Minkowski, Hédon, détermine chez le chien un ensemble morbide où la cachexie tient la première place, et où la glycosurie est presque constante. Cependant celle-ci peut manquer totalement, tandis que la phosphaturie, l'azoturie, l'autophagie et parfois l'acétonémie ne manquent pas d'être observées. La glycosurie n'est donc pas ici le fait absolument constant et primordial ; ce qui domine, ce sont les autres

modalités de la dénutrition, qui se rapportent, suivant l'auteur, à un vice de l'évolution digestive par défaut d'apport du suc pancréatique dans l'intestin. Dans ces conditions, on observe des dégénérations importantes du foie, du rein, et des centres nerveux.

Ces lésions sont vraisemblablement en rapport avec l'auto-intoxication secondaire d'origine digestive. L'hypothèse du ferment glycolytique ne tient pas debout : on ne peut démontrer ce ferment en faisant agir du pancréas frais sur une solution sucrée. Quant à la théorie nerveuse, elle déplace la question sans la résoudre. GIRODE.

Diabetic coma : its etiology and suggestions as to treatment, par VAUGHAN HARLEY (*Brit. med. j., p.* 666, 23 *septembre* 1893).

On produit expérimentalement le coma diabétique chez des chiens en leur liant les uretères et en injectant dans leurs veines 8 à 10 grammes de sucre par kilogramme d'animal. Immédiatement après l'injection, aucun trouble nerveux ne se manifeste; c'est quatre ou cinq heures plus tard, alors qu'une partie du sucre s'est détruite dans l'économie, qu'apparaît le coma, précédé souvent de convulsions. Il est donc vraisemblable que les troubles nerveux sont produits par une ou plusieurs substances formées aux dépens du sucre. Or, on trouve constamment dans le sang, quatre à cinq heures après l'injection, des quantités notables d'acide lactique, d'acétone et d'alcool, qui n'existent pas à l'état normal. Il en est de même de l'ammoniaque, qui se produit en excès.

Le coma, d'après l'auteur, serait la conséquence du défaut d'alcalinité du sang, les produits acides dérivés du sucre se combinant avec le carbonate de soude et l'ammoniaque, et empêchant indirectement l'élimination de l'acide carbonique par les poumons.

Comme conclusion de ces vues théoriques, l'auteur propose l'injection sous-cutanée ou intra-veineuse de carbonate de soude et les inhalations d'oxygène.

Simultanément, les diurétiques trouvent leur indication en favorisant l'élimination des toxines dérivées du sucre. H. R.

Pathogénie des abcès du foie, par ZANCAROL (7[e] *Cong. franç. chir., et Mercredi med.*, 19 *avril* 1893).

L'observation clinique et l'expérimentation autorisent Zancarol à se prononcer ainsi au sujet de la pathogénie des abcès du foie :

Ces abcès sont d'origine microbienne. Leur facteur principal est le streptocoque. La dysenterie est de même nature que ces abcès, et elle est due à la même cause pathogénique. La porte d'entrée du micro-organisme pathogène est le plus souvent le tube intestinal; de là il pénètre soit par la veine porte, soit par la circulation générale dans la glande hépatique. OZENNE.

Studii sperimentati sulla nefrorrafia, par C. ZATTI (*La Riforma medica, p.* 508 *et* 519, 22 *et* 23 *novembre* 1893).

D'expériences faites sur les chiens, l'auteur conclut que le rein dépouillé de sa capsule fibreuse se recouvre de granulations plus dévelop-

pées que lorsqu'il conserve sa capsule ; en dépouillant le rein de sa capsule propre, on produit des destructions superficielles de sa substance corticale, qui sont comblées par du tissu cicatriciel sans traces de régénération du tissu rénal, et au contraire il se développe des processus inflammatoires et dégénératifs du parenchyme rénal limités à la partie la plus externe de la couche corticale. On provoque une néoformation plus active au niveau de la capsule fibreuse lorsque, la laissant en place, on la cautérise avec le chlorure de zinc ou le nitrate d'argent et, de cette façon, la substance rénale n'est le siège d'aucune altération. En extirpant le tissu adipeux péri-rénal et celui de la capsule adipeuse du rein, on obtient des adhérences plus étendues entre le rein et la paroi lombaire qu'en conservant le tissu adipeux. GEORGES THIBIERGE.

Influence de la néphrectomie sur la résistance des animaux aux infections et aux empoisonnements, par E. BONARDI (*Arch. italiennes de biol., XIX, p.* 314, 1893, *et Archivio italiano di clin. med.*, 1892).

L'auteur opère sur les lapins. Ces animaux résisteraient moins à l'infection pneumonique après la néphrectomie. Pour le tétanos, les faits sont douteux. Pour l'infection charbonneuse, la résistance paraît moindre. En tout cas, il y eut une augmentation plus sensible du foie et de la rate chez les opérés. Rien de net dans l'empoisonnement avec l'acétate de plomb. DASTRE.

Ueber Aetiologie und Pathogenese der Peritonitis..... (Sur l'étiologie et la pathogénie de la péritonite par perforation), par Ott. BARBACCI (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, n° 19, 12 *octobre* 1893).

Dans la péritonite par perforation chez l'homme les cultures de l'exsudat péritonéal ne fournissent presque dans tous les cas qu'une seule espèce de bacille : le bacterium coli commune.

Par l'inoculation à des animaux sensibles (lapin, souris blanche), on peut dans un certain nombre de cas constater aussi dans l'exsudat péritonéal la présence du diplococcus lanceolatus capsulatus de Fraenkel.

Chez le chien on peut en perforant une anse intestinale déterminer un état morbide tout à fait semblable à celui qu'on observe dans les mêmes conditions chez l'homme. Dans les deux cas, il y a discordance entre les résultats obtenus par l'examen direct de l'exsudat et par les cultures. Celles-ci ne donnent que le coli-bacille tandis que l'examen direct montre un grand nombre de microorganismes très variés par leurs caractères morphologiques et leurs réactions tinctoriales. Le coli-bacille n'est pas le seul microbe qui se développe dans le péritoine souillé par la pénétration des matières fécales. Mais les autres bactéries fécales se développent au début et meurent bientôt, le coli-bacille persistant seul à se cultiver, ce qui explique la différence de la méthode d'examen direct et de celle des cultures. La cause de la mort des autres germes, rapportée à la lutte pour la vie, n'a pu être vérifiée expérimentalement.

Dans les cadavres de sujets ayant succombé à la péritonite par perforation on trouve, en outre d'un nombre prodigieux de bacilles du côlon dans le péritoine, des bacilles dans le sang du cœur. Cette pénétration

est un fait cadavérique ou agonique, car il fait toujours défaut chez le chien immédiatement autopsié après la mort.

Le diplococcus lanceolatus capsulatus n'existe jamais dans l'exsudat péritonéal du chien ; il manque souvent chez l'homme ; il n'a donc aucun rôle important, mais on peut supposer qu'il explique certaines manifestations secondaires (pleurésie, pneumonie, endocardite) qu'on observe parfois à la suite de la péritonite par perforation. Cependant, on ne peut considérer le coli-bacille comme le véritable agent pathogène de la péritonite par perforation. La durée de la communication entre le canal intestinal et le péritoine a une influence très importante sur l'évolution et l'issue de la péritonite par perforation : si la communication est fermée, bien qu'il y ait péritonite déclarée et qu'on n'institue aucun traitement, la péritonite peut guérir; en tout cas, sa marche est modifiée et son issue retardée. Les gaz intestinaux ont un rôle important dans le développement et la marche de l'inflammation. La péritonite par perforation résulte de trois facteurs; pénétration des matières et des gaz dans le péritoine; développement des germes qu'ils contiennent; continuité de l'irritation par la pénétration continue du gaz et des fèces dans la séreuse irritée.

La mort dans la péritonite par perforation n'est pas la conséquence directe de la péritonite, encore moins d'une septicémie coli-bacillaire. Elle est essentiellement la conséquence de l'intoxication intense de l'organisme produite d'une part par la résorption des substances liquides ou gazeuses provenant de l'intestin, d'autre part par les toxines d'origine bactérienne. PAUL TISSIER.

Ricerche sperimentali sugli effetti della laparotomia nelle peritoniti tubercolari, par A. NANNOTTI (*Riforma medica, p.* 795, 21 *juin* 1893).

Sur des animaux (chiens et cobayes) chez lesquels il avait déterminé expérimentalement, par inoculation intra-péritonéale de suc de ganglions tuberculeux, une péritonite tuberculeuse, l'auteur a fait la laparotomie sans lavage ou avec lavage à l'eau distillée, à l'eau boriquée à 3 0/0, ou à l'eau renfermant 1 pour 4,000 de sublimé; puis, pour se rendre compte des résultats, il a renouvelé la laparotomie au bout de 10, 20, 30, 60 jours, en ayant soin d'exciser chaque fois un fragment du grand épiploon pour l'examen histologique. Chez le cobaye, cette intervention n'a pas arrêté le développement de la péritonite tuberculeuse, qu'elle a seulement rendu moins actif. Chez le chien, au contraire, on note déjà, 15 jours après la laparotomie, la diminution des tubercules, et, au bout d'un mois, leur disparition complète; au bout de deux mois, il n'est plus possible d'en trouver aucune trace à la surface du péritoine.

GEORGES THIBIERGE.

The isolation of rennet from bacteria cultures, par W. CONN (*Science, XX*, *n°* 509, 1892, *et Hyg. Rundsch., III, n°* 7, *p.* 291, 1er *avril* 1893).

Pour obtenir des cultures bactériennes un ferment analogue à la présure, Conn cultive les microbes (de quelques jours à 2 semaines) dans du lait, ensuite il filtre à travers la porcelaine. Le filtrat clair est aiguisé d'acide sulfurique puis additionné d'un excès de sel de cuisine ;

il se forme alors à la surface une mousse d'un blanc neigeux. On écume cette mousse et on la fait sécher ; elle constitue une poudre blanche offrant toutes les propriétés de la présure. C'est à la température de 30° à 35° centigrades qu'elle agit le mieux ; dans des circonstances favorables, elle coagule en une demi-heure le lait stérilisé ; elle est détruite par la chaleur. Mais, sous le rapport chimique, cette poudre ne semble pas complètement identique à la présure.

On peut extraire ce ferment bactérien de tous les microorganismes qui liquéfient la gélatine, mais la quantité en varie beaucoup. J. B.

Ueber Stofwechselprodukte von Mikroorganismen; 1re communication, par E. von SOMMARUGA (*Zeitschr. f. Hyg. und Infektionskrankh.*, et *Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 8, *p.* 341, 15 *avril* 1893).

La réaction et la quantité des produits de nutrition des microorganismes sont essentiellement influencées par la nature du sol nourricier sur lequel ils se sont développés, ainsi que s'en est assuré Sommaruga pour 19 espèces microbiennes. Il n'a observé de formation d'acide qu'avec les bacilles charbonneux et radiciforme, le microcoque tétragène et la levure blanche, quand il les cultivait dans du bouillon de viande et avec les bacilles du charbon et du foin, cultivés sur de la gélatine faiblement alcaline. En revanche, sur les autres sols nourriciers, ces microbes engendraient des produits de nutrition alcalins, et il en était constamment de même pour tous les autres microorganismes étudiés. Sommaruga considère cette formation d'acide comme la conséquence d'une vie souffreteuse.

Le degré d'alcalinité du milieu nourricier exerce une influence sur toutes les espèces.

Lorsqu'on augmente modérément son alcalinité, s'il s'agit de gélatine, on note pour 17 espèces une augmentation de la quantité des produits alcalins de la nutrition ; on note, au contraire, leur diminution, s'il s'agit de bouillon de viande, pour 12 espèces, et s'il s'agit d'agar pour 14 ; mais sur tous les sols nourriciers quelques espèces font exception.

Lorsque le degré d'alcalinité reste le même et est modéré, 16 espèces sur les 19 fabriquent davantage de produits de leur nutrition sur la gélatine que sur l'agar et surtout que dans le bouillon de viande. Mais ici il y a encore des exceptions : le bacille de Ribbert, par exemple, fournit sur ces trois sols nourriciers à peu près la même quantité de produits, tandis que le bacille charbonneux et la levure blanche en donnent davantage sur l'agar que sur la gélatine et que dans le bouillon de viande.

Les résultats de Sommaruga diffèrent considérablement de ceux de Petruschky. Celui-ci a en effet trouvé qu'un très grand nombre de microorganismes formaient des acides, que le maximum de formation, soit d'acide, soit d'alcali, était atteint déjà au bout de 3 à 5 jours ou de 10 jours au plus tard, et qu'enfin les quantités de produits formés étaient toujours insignifiantes. Sommaruga explique ces divergences par la différence des sols nourriciers employés. Petruschky se servait en effet de petit-lait, liquide très pauvre en albumine d'une part (et partant peu favorable aux microbes), d'autre part relativement riche en sucre de lait qui, en se dédoublant, favorisait la production d'acide.

Sommaruga a additionné les sols nourriciers d'acide rosolique pour

rendre directement visible la formation d'acide ou d'alcali dans les cultures et en outre pour déceler les processus de réduction. Il est certaines espèces microbiennes dont la croissance est entravée par cette addition d'une faible quantité d'acide rosolique. Mais, en général, la quantité des produits de nutrition est augmentée dans le bouillon de viande, diminuée sur l'agar, tantôt augmentée, tantôt diminuée sur la gélatine. Quand on fait varier l'alcalinité du milieu nourricier, l'addition d'acide rosolique ne se fait plus sentir. J. B.

Sur l'élimination des microbes pathogènes par la sueur dans quelques maladies infectieuses, par J.-V. SOUDAKOW (*Vratch*, n° 25, 1893).

A l'exemple de Juliani, Severi, Di Mattei, C. Brunner, Eiselsberg, Th. Geissler, l'auteur a cherché à déterminer dans quelle mesure les microbes pathogènes sont éliminés de l'organisme par la sueur. Dans 5 cas de phtisie pulmonaire, les bacilles n'ont pas été trouvés ni dans le sang, ni dans la sueur. Sur 4 cas de dothiénentérie, il y a eu : dans le premier cas (24e jour), absence de microbes dans le sang et dans la sueur ; dans le deuxième cas (19e jour), présence dans le sang et absence dans la sueur ; dans la troisième cas (15e jour), absence dans le sang et présence dans la sueur ; dans le quatrième cas (11e jour), le bacille d'Eberth fut trouvé dans le sang et dans la sueur. Sur 5 cas d'érisypèle, on a trouvé deux fois le streptocoque dans le sang et dans la sueur (7e et 5e jour de la maladie), une fois dans le sang seulement (4e jour) ; une fois dans la sueur seulement (3e jour). H. FRENKEL.

Experiments of the escape of bacteria with the secretions, par C.-S. SHERRINGTON (*The Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, *I*, n° 3, 1893).

Sherrington, dans ses expériences sur l'élimination des microbes par les sécrétions, s'est servi de cobayes, de lapins et de souris, auxquels il injectait, dans les veines ou sous la peau, les bacilles charbonneux, morveux, tuberculeux, etc. Il sacrifiait ces animaux au bout d'un temps variable après l'inoculation, et examinait leur sang, leur humeur aqueuse et le contenu de leur vésicule biliaire et de leur vessie.

Dans l'urine, il a retrouvé 21 fois sur 86 les microbes injectés; dans la bile, 18 fois sur 49, et jamais dans l'humeur aqueuse. Sherrington conclut qu'à l'état normal, les glandes n'éliminent pas les microbes. Mais, par suite de l'accumulation de microorganismes pathogènes dans le sang, il y a sécrétion de matières qui lèsent l'imperméabilité des membranes glandulaires et permettent l'élimination des microbes. C'est là un phénomène purement passif, car on retrouve alors dans les sécrétions des microbes non doués de mouvements. J. B.

Delle modificazioni che presentano alcuni batteri aerobi obligati e facoltativi coltivati in assenza dell' ossigeno, par F. SANFELICE (*Ann. dell. Istit. d'Igiene sperim. d. R. Univ. di Roma*, *II* (*nouv. série*), 1892, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, n° 7, *p.* 286, 1er *avril* 1893).

Sanfelice a étudié l'influence de l'absence d'oxygène sur les cultures de microbes obligatoirement ou facultativement aérobies.

Il a commencé ses expériences par les microorganismes non pathogènes, tels que le protée, les bacilles indien, subtil, etc.

Il a fait ses cultures tantôt par piqûres dans de la gélatine ou de l'agar, qu'il additionnait de substances réductrices, tantôt en plaques, en mettant sur le sol nourricier durci une seconde plaque pour empêcher l'accès de l'air.

Il a constaté qu'en poursuivant, jusqu'à la 7e ou la 8e génération, ces cultures dans des milieux privés d'oxygène, les bactéries peptonisantes perdaient la faculté de liquéfier la gélatine, tandis que les bactéries chromogènes perdaient la faculté de produire des couleurs ; en revanche les deux catégories de microbes commençaient à produire des gaz.

A titre de représentants des microorganismes pathogènes, Sanfelice a étudié de la même façon les bacilles du charbon, du choléra asiatique de la morve, du pus bleu et les staphylocoques doré et blanc. Ici encore il a constaté la perte des propriétés peptonisante et chromogène, mais en outre une mort précoce de ces microorganismes. Les bacilles charbonneux après avoir été cultivés 80 jours à l'abri de l'air avaient perdu toute virulence. En revanche, l'absence d'oxygène n'est nullement nuisible aux spores. Sanfelice a également expérimenté sur des fragments de tissus d'animaux morts de charbon ou de morve. Il plaçait ces fragments dans des verres à expérience et les recouvrait d'épaisses couches de sols nourriciers additionnés de sucre de raisin. Les bacilles charbonneux à l'intérieur des tissus étaient morts au bout de 40 jours à la température ordinaire et de 10 jours à la température de l'étuve. Ceux de la morve étaient déjà morts au bout de 3 jours. J. B.

Formes hémorragiques de l'infection expérimentale; formes diffuses; formes localisées, par A. CHARRIN (*Soc. de biol.*, 15 *juillet* 1893).

L'auteur a montré les propriétés hémorragipares du virus pyocyanique, chez un grand nombre d'espèces animales. Il a constaté, après d'autres formes intestinales, gastriques, pulmonaires, une forme rénale, hématurique dont il présente les pièces. DASTRE.

Électricité et microbes. Conditions expérimentales, par d'ARSONVAL et CHARRIN (*C. R. de la Soc. de biol.*, 15 *juillet* 1893).

L'électricité, par elle-même, peut influencer les microbes (bacille pyocyanogène) en diminuant le pouvoir sécrétoire, particulièrement des pigments, et, ultérieurement, en atteignant la pullulation du germe.— Le dispositif consiste en un alternateur Siemens fournissant au circuit primaire du transformateur un courant alternatif de 60 périodes à la seconde, donnant 17 ampères sous 100 volts. Le courant du secondaire est à 10,000 volts au minimum. Le fluide aboutit à un solénoïde de 15 à 20 tours de fil de cuivre de 3 millimètres de diamètre. La culture est au centre du solénoïde. DASTRE.

I. — Substances thermogènes extraites des tissus animaux, par A. ROUQUÈS (*Soc. de biol.*, 17 *juin* 1893).

II. — Note sur le pouvoir thermogène des extraits de muscles, par ROGER (*Ibid.*, 17 *juin* 1893).

I. — Ces substances ont été retirées des muscles par Charrin et Ruf-

fer, du rein par Lépine, de la rate par Roux, de l'urine par Roger.

L'auteur fait des recherches analogues pour le poumon, les capsules surrénales, le cerveau, le foie, la rate, le corps thyroïde : il retrouve l'action thermogène dans tous ces cas.

II. — Les extraits employés sont obtenus par macération à froid dans l'eau salée à 7 pour 1,000 ; à chaud par l'eau bouillante ; par l'alcool. Ils sont injectés dans les veines à la température du corps (lapin). — La température s'élève toujours au bout d'une demi-heure et atteint son maximum de la deuxième à la troisième heure. Les extraits aqueux chauds et les doses moyennes sont le plus thermogènes. Les substances thermogènes augmentent après la mort ; elles ne semblent pas subir de modifications si, après la mort, on soumet les muscles à l'action de courants faradiques. DASTRE.

Étude sur le passage des microbes pathogènes dans le sang, par ETTLINGER (*Thèse de Paris*, 1893).

Nombre de maladies infectieuses ne se généralisent pas ; la diphtérie, le tétanos sont de ce nombre : les microbes de ces maladies ne passent jamais dans le sang. Entre ces affections et celles qui se généralisent toujours, il y a place pour une catégorie intermédiaire d'infections qui se généralisent plus ou moins fréquemment : telles sont la fièvre typhoïde, la pneumonie et les infections à pneumocoques, les infections à staphylocoques, à streptocoques, la tuberculose.

L'infection sanguine, dans ces affections à généralisation facultative, est toujours d'un pronostic très grave : l'examen bactériologique du sang peut seul la révéler. L'absence de généralisation des microbes dans le sang n'en est d'ailleurs pas pour cela l'indice de la bénignité d'une infection : l'intoxication consécutive à la lésion locale suffit souvent à elle seule à déterminer la mort.

On devra donc toujours chercher à éviter la généralisation constamment imminente d'une infection locale ; l'antisepsie médicale peut parer dans une large mesure à cet accident, dans les angines en particulier. C'est également dans ce but qu'on devra chercher à soutenir les forces de résistance de l'organisme. E. MOSNY.

Sull' aumento del potere microbicida del sangue durante la infezione, par G. GATTI (*La Riforma medica, p.* 433 *et* 445, 14 *et* 16 *août* 1893).

Un léger degré d'hydrémie ne modifie pas le pouvoir bactéricide du sang. Le sérum représente un milieu beaucoup plus constant que le sang défibriné pour la recherche du pouvoir microbicide du sang. Dans l'infection, il y a augmentation du pouvoir bactéricide du sang, augmentation plus prononcée chez les animaux qui ont, à l'état normal, un pouvoir bactéricide peu élevé. Dans les phases ultimes de l'infection, le pouvoir microbicide diminue. Le sang ne tue pas un nombre déterminé de bactéries, mais une proportion centésimale des bactéries injectées. Il y a des différences notables dans le pouvoir microbicide du sang des animaux de même espèce pour le même microorganisme. Dans les dernières phases de l'infection, la disparition complète des bactéries introduites dans le sang est difficile, contrairement à ce qui se passe dans les

périodes précédentes et chez les animaux sains. Chez beaucoup d'animaux, le sérum ne manifeste pas immédiatement son action microbicide, mais il y a d'abord une période d'une ou deux heures pendant laquelle les bactéries introduites peuvent augmenter de nombre. L'augmentation du pouvoir bactéricide du sang pendant l'infection renforce la défense de l'organisme. GEORGES THIBIERGE.

Sur l'étiologie de certaines formes d'infections hémorragiques (bronchites et duodénites), par V. BABÈS (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 4).

Dans un groupe important d'états infectieux caractérisés surtout par des déterminations morbides sur l'appareil respiratoire et digestif, avec ou sans purpura concomitant, l'enquête nécropsique a montré d'importantes lésions de bronchite hémorragique et de duodénite de même aspect. Les bronches sont obstruées par un mucus sanguinolent, leur muqueuse est atteinte d'inflammation hémorragique. Le processus peut aller jusqu'à l'ulcération et la gangrène. La pneumonie lobulaire est fréquente. Dans le duodénum, des plaques hémorragiques, des épaississements phlegmasiques traduisent un processus analogue. La cause est essentiellement microbienne ; on a trouvé dans les lésions le pneumocoque ou des espèces voisines, le streptocoque, l'aureus, des formes bacillaires variées, des saprogènes. Les espèces bactériennes sont les mêmes dans les bronches et l'intestin ; il semble que l'infection puisse partir de l'un ou de l'autre organe. L'adjonction du purpura permet bien de conclure à une infection hémorragique. Toutefois on ne peut guère admettre une septicémie spéciale, les microbes manquent ici de spécificité hémorragipare. En somme, l'apparence hémorragique est contingente, et les faits rentrent dans l'histoire pathologique si variée du pneumocoque, du streptocoque, et d'autres espèces classées.

GIRODE.

Mikromyces Hofmanni, eine neue pathogene Hyphomycetenart, nach Untersuchungen von G. von Hofmann-Wellenhof und Th. von Genser, par M. GRUBER (*Arch. f. Hyg.*, *XVI*, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n° 7*, *p.* 300, 1er *avril* 1893).

Ce nouveau microorganisme pathogène a été découvert par Th. von Genser, à l'occasion de recherches sur le vaccin. Mais, selon toute vraisemblance, il ne provient pas du vaccin, car il ne s'est présenté que dans un seul des ensemencements de bouillons dilués. Genser lui a donné le nom de son collaborateur défunt.

La nouvelle espèce offre la plus grande ressemblance avec l'actinomycète. Sur les cultures toutes récentes dans le bouillon ou sur l'agar, le micromycète d'Hofmann forme des bâtonnets de longueur variable, d'au moins 1 μ de diamètre, ayant une grande tendance à s'infléchir et à se nouer. Au niveau des points épaissis, poussent des branches latérales qui émettent à leur tour des rameaux, de sorte qu'on a un mycélium radiciforme sans cloisonnement transversal ni production d'articles. D'autres fois, il survient bientôt une fragmentation dont les produits prennent souvent la disposition de petites étoiles ou de bois de cerfs.

Les hyphes prennent facilement les couleurs basiques d'aniline et se colorent par la méthode de Gram. Le mycélium est muni d'une épaisse membrane, bien développée surtout sur les milieux sucrés. Quand l'accroissement en longueur est terminé, les extrémités des rameaux se tuméfient en forme de boutons, de masses ou de bouteilles et, à l'état jeune, ces renflements terminaux se teignent d'une façon intense et uniforme avec les couleurs d'aniline. Leur ressemblance devient alors extrême avec les grains d'actinomycète, tels qu'on les rencontre dans le corps d'un animal. Il peut survenir aussi une calcification des crosses terminales du micromycète.

On n'a observé ni fructification, ni sporulation. La température de végétation ne commence qu'au-dessus de 22° ; le degré le plus favorable est 37°. Une réaction faiblement alcaline est la meilleure. L'arrivée d'oxygène stimule la croissance.

Les lapins sont les animaux qui présentent le plus de réceptivité; chez eux, l'injection sous-cutanée de ce cryptogame détermine une inflammation pyo-fibrineuse du tissu conjonctif avec abcès. Les lésions restent locales avec production de nodosités et de tumeurs ; il n'y a pas de métastases.

Le nouveau microorganisme doit être rapproché, au point de vue de la classification, non seulement de l'actinomycète, mais encore du cladothrix astérioïdes d'Eppinger, du microbe du farcin bovin de Nocard, du streptothrix Foersteri de Cohn et des espèces de streptothrix décrites par Almquist, Gasperini et autres. J. B.

Immunisation du lapin contre le streptocoque et traitement de la septicémie streptococcique par le sérum du sang des animaux immunisés, par MIRONOFF (*Arch. de méd. exp.*, V, 4).

Les lapins peuvent être immunisés contre le streptocoque par des vaccinations successives ; on emploie d'abord les cultures stérilisées par la chaleur, puis des cultures virulentes à dose croissante. Les animaux supportent ainsi des doses virulentes 5 à 10 fois supérieures aux doses fatales pour les animaux non vaccinés. Toutefois l'immunité absolue n'est jamais obtenue : les processus septiques locaux persistent, et c'est en eux que réside la cause prochaine de la mort observée avec des doses graduellement plus élevées. Le sérum des animaux immunisés ne tue pas les cultures virulentes et n'en modifie même pas l'activité. Ce sérum vaccine les animaux et confère une immunité proportionnelle aux doses employées, immunité d'ailleurs semblable à celle obtenue par tout autre procédé et pareillement incomplète. Le sérum des animaux immunisés au minimum n'arrête point chez un autre animal la septicémie streptococcique en évolution ; il l'atténue quand il provient d'un animal immunisé à un haut degré. Mais toujours les processus septiques locaux continuent leur évolution. Le seul résultat constant, c'est que la septicémie est ralentie, transformée en un processus chronique, qui laisse à l'organisme le temps de fortifier sa résistance. GIRODE.

Un streptocoque à culture apparente sur pomme de terre, par MAROT (*Arch. de méd. exp.*, V, 4).

Tandis que le streptocoque de l'érysipèle et les variétés voisines ne

fournissent sur pomme de terre aucune culture apparente, on rencontre parfois, soit dans la bouche à l'état sain, soit dans certaines angines peu virulentes et de type pultacé, un streptocoque qui donne sur pomme de terre des cultures très nettes. Après vingt-quatre heures, on aperçoit des colonies ayant la forme de petits grains arrondis, d'un blanc laiteux, se détachant facilement, arrêtées dans leur croissance au 4e jour. Il y a là les éléments d'une différenciation entre les types microbiens du genre streptocoque, différenciation qui, jusqu'ici est mal assise tant par la morphologie que par la virulence. GIRODE.

Propriétés pathogènes du staphylococcus cereus, par DOR (7e *Cong. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 9 *avril* 1893).

Les différents microbes, connus sous les noms de staphylococcus cereus albus, cereus aureus, cereus citreus, sont une seule et même variété d'un champignon pathogène, qui n'est pas un staphylocoque.

Ce champignon, qui quelquefois prend l'aspect de staphylocoque, inoculé aux jeunes cobayes, produit un décollement de toutes les épiphyses sans suppuration. Inoculé aux jeunes lapins, il détermine les mêmes lésions et, en outre, se montrent une périostite diaphysaire et des collections séreuses parostales ou intra-articulaires.

Inoculé à des animaux un peu plus âgés, il détermine des ostéo-arthropathies hypertrophiantes. Dans un cas, il a été isolé d'une collection séreuse d'une périostite albumineuse et, une autre fois, d'un abcès séreux parostal.

Ce microbe a été fréquemment trouvé dans des ganglions tuberculeux du cou. OZENNE.

Ueber die Tuberculin-Behandlung tuberkulöser Meerschweinchen, par S. KITASATO (*Zeitschr. f. Hyg. und Infektionskrankh.*, *XII*, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 7, *p.* 305, 1er *avril* 1893).

Kitasato rend compte de l'influence du traitement par la tuberculine sur l'évolution de la tuberculose inoculée à 50 cobayes. Il expose tout d'abord que les cobayes inoculés convenablement avec des cultures pures très violentes succombent sans exception à la tuberculose en 11 semaines au plus tard.

Le traitement par la tuberculine a été institué de 1 à 4 semaines après l'inoculation tuberculeuse : 20 animaux ont reçu la tuberculine.

Kitasato a débuté par un milligramme de tuberculine, en augmentant rapidement les doses jusqu'à deux décigrammes. Le résultat de cette médication a été d'autant moins favorable qu'on l'avait commencée plus tardivement ; les résultats ont été les meilleurs quand le traitement était institué dès la deuxième semaine après l'infection.

8 animaux témoins qui n'avaient pas reçu de tuberculine ont succombé dans le laps de 7 à 9 semaines ; les 50 traités ont tous vécu plus longtemps ; 13 ne sont morts qu'au bout de 20 à 24 semaines et 5 étaient encore en vie après plus de 7 mois et n'offraient plus aucun phénomène morbide, pas même de gonflements ganglionnaires ; leur poids ne cessait d'augmenter et ils avaient l'air parfaitement portant bien qu'on eût cessé les injections de tuberculine. 10 cobayes, morts entre la 14e et la

19e semaines après l'inoculation, ont succombé à la tuberculose ; 34 sont morts d'autres maladies, beaucoup parmi eux d'une pneumonie infectieuse, et 1 fut sacrifié parce qu'il était très malade. Ce dernier et 4 autres, morts après la 20e semaine, présentaient, sur la rate et le foie, des cicatrices rétractées, mais ni granulations ni foyers de mortification; dans les poumons eux-mêmes, les foyers tuberculeux étaient en majeure partie remplacés par des cicatrices, toutefois il y avait encore quelques granulations contenant des cellules géantes et fort peu de bacilles tuberculeux.

Les 5 cobayes restés en vie furent réinoculés avec des cultures tuberculeuses. Cette deuxième inoculation provoqua uniquement de la tuméfaction et de l'induration locales suivies de mortification et d'élimination; la guérison était complète 12 jours après l'inoculation, sans trace de gonflement des ganglions. J. B.

Untersuchungen über die Morphologie und Biologie des Tuberkulose-Erregers, par FISCHEL (*Vienne et Leipzig*, 1893; *Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 8, *p.* 343, 15 *avril* 1893).

Metchnikoff et après lui Maffucci ont signalé des formations pléomorphes dans les cultures de tuberculose. Fischel a repris cette question. En examinant des cultures de la tuberculose des oiseaux et de celle des mammifères sur l'agar glycérinée, sur le sérum sanguin et sur d'autres sols nourriciers, à la température de l'étuve et à 40°, il a toujours pu déceler sur les préparations non colorées de longs filaments développés au niveau du bord des préparations. Ces filaments offraient des ramifications partant du tronc principal ; parfois même ils étaient bifurqués à leur extrémité périphérique et se ramifiaient ; ni dans le tronc, ni dans les rameaux, il n'a vu de cloisonnements. Sur des préparations colorées, Fischel a également trouvé, à côté des bacilles, des éléments ramifiés.

Dans les cultures de tuberculose des gallinacés, il a constaté d'autres formes : des bâtonnets allongés offrant, à l'une de leurs extrémités, un épaississement piriforme et, fréquemment, au milieu à peu près de cet épaississement, des éléments extrêmement petits, brillants, clairs, ronds ou ovales. Fischel voit dans ces formations en baguettes de tambour des gonidies ou des spores.

Par des cultures sur divers sols nourriciers, Fischel est parvenu à modifier la tuberculose des mammifères de telle façon qu'elle n'offrait plus guère de différences macroscopiques et microscopiques d'avec la tuberculose des gallinacés. Il s'est servi entre autres, comme milieux, de sérum sanguin de poule glycériné et durci, de sérum sanguin de chien, d'agar glycérinée et additionnée de 2 0/0 d'une solution saturée de thymol, d'œufs, etc. L'âge des cultures et les conditions de température n'ont pas d'influence notable sur la modification de développement des cultures.

Les expériences sur les animaux parlent aussi en faveur d'une parenté entre les deux espèces de tuberculose. La tuberculose des mammifères qui, après plusieurs mois de développement sur l'œuf, était cultivée sur de l'agar boriquée, produisait par inoculation sous-cutanée et intraoculaire les mêmes phénomènes chez les lapins, les cobayes et les poules:

émaciation progressive et mort au bout de quelques mois, sans que chez aucun de ces animaux on notât dans les organes internes les lésions d'une tuberculose générale.

Dans un cas (sur 7), l'inoculation de la tuberculose des mammifères dans la crète d'un poulet a déterminé une tuberculose universelle, mortelle en huit semaines.

Dans un cas (sur 6), l'inoculation de la tuberculose des gallinacés chez un cobaye a entraîné une tuberculose généralisée, à laquelle l'animal n'a succombé, il est vrai, qu'au bout de 10 mois, tandis que les autres cobayes sont morts d'atrophie.

Fischel conclut : L'agent efficient de la tuberculose est la forme parasitaire d'un microorganisme, originairement saprophytique, et formant des filaments ramifiés. Ce microbe est pléomorphe et variable ; dans sa forme saprophytique, il appartient vraisemblablement à une espèce supérieure de champignon pléomorphe. Certaines ressemblances dans sa croissance macroscopique et microscopique font supposer une parenté avec l'actinomycète.

Les agents efficients de la tuberculose des gallinacés et de celle des mammifères doivent être regardés comme des modifications nutritives d'une seule et même espèce. A cet égard, la tuberculose des gallinacés représente la tuberculose des mammifères modifiée, c'est-à-dire atténuée pour les mammifères en raison du milieu sur lequel elle s'est développée. Elle peut toutefois dans des conditions encore mal connues récupérer la faculté de produire, même chez les mammifères, une tuberculose généralisée. J. B.

Tuberculose pulmonaire expérimentale. Étude anamo-pathologique du processus obtenu par l'injection veineuse, par A. BORREL (*Annales de l'Institut Pasteur*, *n°* 8, *p.* 593, 25 *août* 1893).

Borrel procède par injections de cultures pures de tuberculose humaine dans la veine de l'oreille du lapin.

Dès les premières minutes après l'injection tous les capillaires et les vaisseaux du poumon montrent une leucocytose polynucléaire intense. La plupart des bacilles sont inclus dans les leucocytes.

Dès le troisième jour, les leucocytes polynucléaires commencent à subir un processus dégénératif : état homogène et trouble du noyau, disparition du réseau et des corpuscules chromatiques. Le noyau est fragmenté en poussière et dès le cinquième jour on ne voit plus traces de leucocytes polynucléaires.

Dès la fin du second jour, alors que les leucocytes polynucléaires commencent à se désintégrer, apparaissent les grands leucocytes mononucléaires siégeant à la périphérie du vaisseau. Leur arrivée marque l'apparition des cellules géantes intra-vasculaires. Elles résultent de la conglomération de la fusion des leucocytes mononucléaires (apparence de pseudopodes des cellules géantes).

Au troisième jour, les granulations tuberculeuses intra-vasculaires sont déjà constituées. Au centre se trouve un amas de leucocytes polynucléaires dégénérés. Tout autour une ou plusieurs cellules géantes à nombre de noyaux variable et enfin à la périphérie des leucocytes poly-

nucléaires contenant des bacilles et qui deviendront les cellules épithélioïdes.

Les leucocytes polynucléaires quittent souvent les vaisseaux et tombent des alvéoles. Ici ce sont les cellules à poussière qui jouent lerôle des leucocytes mononucléaires. Ces cellules doivent être considérées comme d'origine lymphatique.

Que deviennent les tubercules initiaux? Ils s'accroissent par la pénétration de nouveaux éléments soit par les capillaires avoisinant les granulations, soit par adjonction de nouvelles alvéoles dont la lumière se remplit d'éléments épithélioïdes dérivés des vaisseaux.

La caséification s'explique par l'action directe du bacille et de ses produits sur les cellules qui les contiennent. Le processus de réaction secondaire est très net dans le poumon. Il se traduit par l'apparition de tubercules intra-lymphatiques, péri-vasculaires et péri-bronchiques et par l'envahissement des alvéoles.

Granulations nodaires, pneumonie caséeuse sont deux manifestations morphologiques différentes d'un même processus, tout entier lymphatique. Dans les deux cas, les cellules fixes du poumon servent de support passif et ne jouent aucun rôle important dans la réaction de l'organisme, *la cellule tuberculeuse est toujours une cellule lymphatique.*

PAUL TISSIER.

Beitrag zur Frage von der Symbiose..... (Sur la symbiose du bacille de la tuberculose et sur le bacille de la lèpre), par L. PHILIPPSON (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol., CXXXIII*, 3).

En étudiant les amygdales, les ganglions mésentériques, la rate, les nodules cutanés, les ganglions axillaires et inguinaux d'un sujet atteint de lèpre tubéreuse, Philippson trouve que le même organe peut être atteint à la fois de tuberculose et de lèpre. Il a pu faire le diagnostic différentiel de ces deux lésions: mais il ne pense pas que le même bacille puisse produire les diverses manifestations cliniques et les différentes altérations anatomo-pathologiques. Le processus tuberculeux diffère au point de vue histologique et bactériologique de celui de la lèpre. ÉD. RETTERER.

Recherches cliniques et expérimentales sur la pseudo-tuberculose aspergillaire par L. RÉNON (*Thèse de Paris*, n° 89, 1893).

Il existe chez l'homme une pseudo-tuberculose produite par un champignon, l'aspergillus fumigatus, qui peut exister seul ou s'associer au bacille de Koch.

Les symptômes revêtent tantôt une forme hémoptoïque, tantôt une forme dyspnéique (pseudo-asthme). La durée est longue et la guérison doit être fréquente. On n'en connait d'autopsie que dans les cas mixtes où l'aspergillus fumigatus était associé au B. de Koch, auquel on doit dès lors attribuer la mort.

Cette maladie survient chez les gaveurs de pigeons qui aspirent accidentellement les spores d'aspergillus fumigatus répandues quelquefois sur la surface des graines.

L'A. fumigatus se cultive bien sur les milieux acides, surtout dans le liquide de Raulin ou le moût de bière; il est pathogène pour les animaux et en particulier pour le pigeon et le lapin.

Les lésions expérimentales (les seules actuellement connues) qu'il provoque consistent essentiellement en tubercules en tous points comparables aux tubercules produits par le bacille de Koch. E. MOSNY.

Die Huehner-Tuberkulose, par A. MAFFUCCI (*Zeistch. f. Hyg.*, *XI*, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 881, 15 *octobre* 1892).

Le bacille de la tuberculose des gallinacés forme une variété nettement caractérisée du bacille de la tuberculose des mammifères dont il se différencie par les particularités suivantes, qui ne sont pas transitoires :

1° Le bacille de la tuberculose des gallinacés ne provoque pas de tuberculose chez les cochons d'Inde et produit rarement la tuberculose générale chez les lapins; 2° ses cultures ont, sur les différents sols nourriciers, une autre apparence que celle de la tuberculose des mammifères; 3° sa température de développement oscille entre 35 et 45°; celle de sa stérilisation est 70° ; 4° à 45 et 50°, ce bacille présente dans les cultures des formes longues, épaisses et ramifiées ; 5° au bout de 2 ans, il conserve encore ses facultés végétante et pathogène; 6° sa destruction produit une substance, toxique pour le cobaye, peu toxique pour la poule adulte; 7° le tubercule auquel il donne lieu ne contient pas, chez les poules, de cellules géantes.

Voici d'autre part les principaux caractères distinctifs du bacille de la tuberculose des mammifères :

1° Le bacille de la tuberculose des mammifères provoque la tuberculose chez les cochons d'Inde et les lapins, mais non chez les poules ; 2° ses cultures ont un autre aspect que celles de la tuberculose des gallinacés ; 3° il croît aux températures comprises entre 30 et 40° ; 4° il ne résiste pas une heure à la température de 65°; 5° ses formes ne sont nullement modifiées dans les cultures faites de 43 à 45°; 6° à 45°, il perd sa faculté de végétation au bout de peu de jours ; 7° les cultures humides datant de un an se laissent difficilement transporter sur d'autres sols nourriciers et d'autres animaux ; 8° la destruction de ce bacille fournit une substance toxique pour le cobaye et parfois pour la poule adulte ; 9° le tubercule des mammifères contient en général des cellules géantes. J B.

I. — Sur la préparation et la composition de la malléine, par K. KRESLING (*Arch. des sc. biol. de St-Pétersbourg*, *I*, *n°* 5, *p.* 711).

II. — Sur la valeur diagnostique des injections de malléine, par SEMMER et WLADIMIROW (*Ibid.*, *I*, *n°* 5, *p.* 745).

III. — Sur la valeur diagnostique prophylactique et thérapeutique de la malléine et d'autres substances, par E. SEMMER (*Ibid.*, *I*, *n°* 5, *p.* 775).

IV. — Malleus und Mallein, par von MAKOLDY (*Arch. f. animal. Nahrgs.*, *VIII*, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 9, *p.* 399, 1er *mai* 1893).

I. — Après avoir passé en revue les méthodes employées avant lui, dans le même but, par O. Kalning, Preusse, Pearson, Babes, Bromberg, Roux, Schweinitz et Kilborn, Helman, l'auteur expose le mode de préparation de la malléine qu'il a utilisée.

On doit d'abord user de bacilles dont la virulence a été exaltée par le

passage par le cobaye : les bacilles prélevés dans la rate des cobayes sont ensemencés sur des tranches de pommes de terre déposées dans des boîtes de Pétri. Ces tranches de pommes de terre ont été préalablement arrosées avec une solution à 0,5 ou 0,7 0/0 de bicarbonate de soude, et stérilisées pendant 1 h 20m dans l'autoclave à 110°.

Ces cultures, après un séjour de 10-14 jours dans une étuve à 36°, sont raclées et émulsionnées dans 9 parties d'eau en poids; le lendemain, cette émulsion est stérilisée dans l'autoclave pendant 15 minutes à 110°, filtrée sur la bougie Chamberland, puis évaporée au bain-marie à une douce température, jusqu'à ce qu'après l'addition de 30 0/0 en poids de glycérine, le volume du mélange ne représente que le tiers du volume primitif. On stérilise ensuite à 110°. On obtient ainsi un liquide jaunâtre, limpide, inodore, de réaction neutre ou faiblement acide.

La malléine ainsi obtenue a une composition extrêmement complexe, et contient entre autres des matières albuminoïdes, de la xanthine, de la guanine, de la leucine, des traces d'acides gras volatils, d'acide butyrique, mais ne contient pas d'alcaloïdes.

Quand au principe actif de la malléine, il reste encore absolument inconnu.

La malléine ainsi préparée détermine par injection sous-cutanée d'un centimètre cube aux chevaux morveux, une ascension thermique qui va jusqu'à 40° et une tumeur qui ne disparaît qu'en 4 à 6 jours ; chez les chevaux sains, la température ne s'élève que de 0,5 à 0,8 et la tumeur disparaît en 24 heures.

II. — De ses expériences personnelles et de celles de nombre de vétérinaires ou de bactériologistes, l'auteur conclut que l'on se trouve en présence de la morve chaque fois que l'on constate, en l'absence d'autres maladies, après une injection de malléine, chez les chevaux suspects de morve, une élévation de température de 1°,5 à 3° et plus, ainsi que la formation d'une forte tumeur au point d'inoculation et un état maladif général.

La tumeur apparaît quelques heures après l'injection et persiste plusieurs jours ; l'élévation thermique ne survient que 8 à 15 heures après.

L'injection de malléine chez les animaux sains détermine rarement une tumeur, en tous cas très fugace, et ne provoque qu'une ascension thermique de 0°,7 à 1° au plus. Chez les chevaux atteints d'une autre maladie, la température peut s'élever de 1 à 2° au maximum, mais jamais on n'observe de tumeur.

III. — L'inoculation aux chevaux morveux d'extraits de cultures du B. prodigiosus et de B. coli agit comme l'injection de malléine, mais avec beaucoup moins d'intensité.

L'injection de tuberculine, chez les chevaux morveux, n'est suivie d'aucun effet semblable.

L'inoculation de malléine ou d'extraits de cultures du B. prodigiosus ou du B. coli à des animaux qu'Helman avait immunisés contre la morve, ne provoqua qu'une réaction générale et locale insignifiante. L'inoculation à ces mêmes animaux de cultures vivantes et virulentes déterminait chez eux un abcès ; l'injection de malléine provoquait dès lors la même réaction que chez les chevaux morveux.

Semmer a fait sur le chat et le cobaye quelques essais infructueux d'immunisation contre la morve au moyen d'injections de malléine ou de sérum d'un cheval réfractaire à la morve.

L'injection de sérum d'animaux morveux ne provoque aucune réaction chez les animaux morveux; ce sérum ne peut donc remplacer la malléine. Le sérum des bêtes bovines tue le bacille de la morve en 1 à 3 jours.

E. MOSNY.

IV. — Von Makoldy a inoculé 48 chevaux avec la malléine : la réaction immédiate a dépassé 40° chez 6 d'entre eux. 5 autres chez lesquels elle n'a pas atteint ce chiffre, tout en étant considérable, ont été réinoculés au bout de 24 heures : un seul a réagi nettement avec une température de 41°, néanmoins 2 des autres restaient suspects vu les résultats de la 1re inoculation, de même qu'un dixième qui sans avoir réagi lors de la 1re inoculation, eut une température de 40°,8 à la suite de la 2e inoculation.

Ces 10 chevaux ayant été sacrifiés, furent tous trouvés atteints de farcin pulmonaire.

Von Makoldy a trouvé chez l'un, à côté de noyaux indurés, des noyaux complètement calcifiés; il en conclut que la morve peut guérir spontanément, plus souvent qu'on ne le croit.

Selon lui, les injections de malléine méritent d'acquérir droit de cité dans la police vétérinaire.

J. B.

I. — Zur Behandlung diphteriekranker Menschen mit Diphterieheilserum (Sérothérapie de la diphtérie), par **BEHRING** et **BOER** (*Deutsche med. Woch.*, *nos* 17, 18 *et* 23, *p.* 389, 1893).

II. — Ueber die Behandlung diphtheriekranker Kinder mit Diphtherieheilserum, par **KOSSEL** (*Ibid.*, *n°* 17, *p.* 392, 1893).

I. — Behring a traité d'abord 60 enfants avec un sérum antidiphtérique qui avait l'inconvénient de n'être actif qu'à très haute dose. Il a pu ensuite faire usage de ce qu'il appelle son *sérum antidiphtérique normal.* Ce dernier, injecté à 30 enfants atteints de diphtérie, en a sauvé 24 ; la mortalité n'a donc été que de 20 0/0.

D'après Behring, ce sérum, provenant de moutons immunisés, n'est pas plus dangereux pour l'homme qu'une solution physiologique, stérilisée, de chlorure de sodium.

Lorsqu'on injecte aux cobayes intoxiqués par une dose mortelle de culture diphtérique une faible quantité de ce sérum, ils deviennent rapidement malades et l'on voit une eschare se produire au siège de l'injection. Cette eschare se détache lentement. Les cobayes qui ont ensuite une cicatrice radiée, privée de poils, ne jouissent pas de l'immunité. Ceux, au contraire, dont la peau se répare complètement avec son système pileux, deviennent réfractaires.

Les cobayes qui subissent l'injection d'une dose relativement considérable de sérum sont complètement épargnés ; ils n'ont ni accidents locaux ni accidents généraux.

Un cobaye pesant 500 grammes, ayant subi une injection de 5 centimètres cubes de sérum de Behring, peut supporter sans dommage l'injection pratiquée un quart d'heure plus tard, de 0.8 centimètres cubes de poison diphtérique ancien. La vertu immunisante des poisons

empruntés à des cultures vieilles de plusieurs années est plus grande que celle des cultures récentes.

Comment l'auteur obtient-il le sérum ?

Un mouton immunisé, pesant 54 kilogrammes, supporte sans inconvénient une saignée de 250 à 500 grammes en 24 heures. On lui prend en une seule fois, le 8 avril, 750 centimètres cubes de sang qu'on laisse dans la glacière pendant deux jours ; le sérum est versé dans une bouteille qui contient un peu de chloroforme ; le 11 avril, on ajoute au sérum de l'acide phénique dans la proportion de 0.6 0/0. On peut injecter à l'homme 1 gramme de sérum phéniqué pour un kilogramme de son poids sans aucun dommage.

Quelle est la valeur thérapeutique du sérum ?

Pour le savoir, il faut instituer quatre séries d'expériences sur les animaux :

1° Le sérum rend les animaux réfractaires à l'*infection* diphtérique (produite par les bacilles de Lœffler vivants injectés sous la peau) ; pour un cobaye pesant 500 grammes, $0^{cc},01$ de sérum suffit à protéger contre la dose mortelle minima ;

2° Le sérum rend les animaux réfractaires à l'*intoxication* produite par le poison diphtérique isolé des bacilles ; ici il faut non plus $0^{cc}01$, mais 1 centimètre cube, c'est-à-dire une dose cent fois plus forte que dans l'expérience précédente. Le sérum a plus de prise sur les toxines fabriquées dans l'organisme par les bacilles que sur les toxines fabriquées au dehors ;

3° Le sérum guérit de l'infection ; la quantité nécessaire est difficile à déterminer ;

4° Le sérum guérit de l'intoxication. Behring a réussi dans trois expériences, mais la dose nécessaire et suffisante ne peut être précisée. On ne peut donc trouver là un point de départ pour la thérapeutique humaine.

En résumé, le sérum de Behring est efficace quand il s'agit de combattre le bacille de Lœffler et ses toxines.

A-t-il une action sur les accidents septiques et pyémiques secondaires à la diphtérie et presque toujours attribuables aux streptocoques ? L'auteur répond négativement à cette question. A côté de son action spécifique sur la diphtérie elle-même, le sérum antidiphtérique n'en possède pas d'autre.

II. — Kossel a fait usage du sérum antidiphtérique de Behring-Wernicke chez onze enfants parmi lesquels deux seulement ont succombé.

Sur les 9 enfants qui ont guéri, 7 avaient les fausses membranes caractéristiques sur les deux amygdales, un seul avait en même temps du croup, 3 du coryza couenneux, 3 de la fétidité de l'haleine, 2 du croup avec peu d'angine. Un seul était albuminurique.

Trois de ces enfants furent trachéotomisés.

L'un des enfants qui moururent subit également la trachéotomie ; il était âgé de 4 ans. L'autre était âgé de 3 ans. Les viscères du premier ne donnèrent pas de bacilles de Lœffler, mais seulement des streptocoques qui existaient aussi dans le sang. Le second avait dans le sang et

dans les viscères des bacilles diphtériques ; ses poumons offraient des tubercules.

L'auteur injecte sous la peau du thorax 10 ou 20 centimètres cubes de sérum. Il n'observe, à la suite de l'injection, aucun désordre local ni aucune réaction générale. Il ne peut dire si la chute des membranes est favorisée par le remède, mais il affirme qu'aucun autre médicament ne peut fournir une statistique aussi favorable : 18 0/0 de mortalité.

L. GAILLIARD.

Typhusbacillen und bacterium coli commune, par NEISSER (*Zeitsch. für klin. Med.*, *XXIII*, *p.* 93).

Les cultures du bacterium coli commun provenant de selles typhiques et inoculées à des souris blanches montrent un pouvoir toxique analogue à celui du bacille typhique. Dans quelques cas, on trouve le bacille non virulent. Mais ordinairement les souris meurent de vingt-quatre à quarante-huit heures après l'injection. Cette virulence du bacterium coli n'est nullement proportionnelle à l'évolution de la maladie et à la virulence du bacille typhique.

Les tentatives pour rechercher si le sérum du sang des typhiques en convalescence avait un effet prophylactique analogue au sérum métapneumonique sont restées négatives.

Bien que N. reste persuadé de la différence spécifique entre le bacille typhique et le bacterium coli, il remarque que ces bacterium coli virulents peuvent exercer une influence clinique, expliquer certaines rechutes, certaines pseudo-récidives, certaines perforations. A.-F. PLICQUE.

Ueber die Art der pathogenen Wirkung des Typhusbacillus auf Thiere und über die Verleihung des Impfschutzes gegen dieselbe, par Johannes PETRUSCHKY (*Zeitschr. f. Hyg. und Infektionskrankh.*, *XII*, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 8, *p.* 350, 15 *avril* 1893).

Petruschky a recherché quels étaient les effets sur les animaux des injections sous-cutanées ou intra-abdominales des bacilles d'Eberth.

Ainsi que Gaffky l'avait déjà vu, les faibles quantités restent sans aucun effet. Des quantités plus considérables occasionnent chez les souris, jeunes ou adultes, chez les rats, les cobayes et les lapins, une affection mortelle. La dose mortelle est en rapport constant avec le poids du corps ; chez les souris, elle est de 10 à 15 milligrammes par kilogramme de poids, quand on introduit les bacilles dans la cavité abdominale et 5 à 6 fois plus forte lorsqu'on les introduit sous les téguments.

Les animaux qui ont survécu à l'expérience deviennent réfractaires à l'action de doses mortelles en toute autre circonstance. Les cultures préparées récemment ont des effets plus énergiques que les cultures anciennes, mais la différence n'est pas très notable.

Chez les animaux morts à la suite de l'injection, on retrouve naturellement les bacilles en grande abondance dans le contenu de l'abdomen ; par la voie des lymphatiques, ils parviennent aussi en grand nombre dans la cavité thoracique. Prélève-t-on, sans précautions spéciales, du sang cardiaque ou fait-on des préparations à l'aide du foie, de la rate e des reins, on constate aussi une énorme quantité de bacilles. Mais si

l'on plonge ces organes préalablement dans de l'eau stérilisée et qu'on passe soigneusement le pinceau à leur surface, on ne voit plus qu'un nombre infiniment petit de bacilles, ce qui prouve qu'ils se trouvent principalement sur le revêtement séreux des viscères. Cependant il en existe toujours un petit nombre dans le sang et dans les organes. Il en est de même, quand au lieu d'introduire les bacilles dans la cavité abdominale on les introduit sous la peau. Il semble donc très vraisemblable que c'est à la surface du péritoine et non pas tant à l'intérieur des organes que s'effectue la multiplication des bacilles typhoïdiques. Les expériences suivantes en fournissent d'ailleurs la preuve : on injecte dans la cavité abdominale d'une souris juste la quantité de bacilles d'Eberth nécessaire pour qu'elle meure; après sa mort, on lave la rate ou un morceau du foie avec un centimètre cube d'eau stérilisée ; ce liquide trouble contient beaucoup de bacilles typhoïdiques très vivaces. Or, il suffit d'en injecter un quart de centimètre cube pour tuer en 24 ou 48 heures une souris, toujours si l'opération est faite dans le péritoine, souvent si elle est faite sous la peau. Le foie de cette deuxième souris, traité de la même manière, aura les mêmes effets sur une troisième souris, etc. Petruschky a poussé cette série d'expériences jusqu'au sixième passage et on ne peut l'expliquer que par une multiplication des bacilles dans la cavité abdominale. D'un autre côté, si on lave le fragment du foie ou la rate avant de les broyer dans un centimètre d'eau stérilisée, on n'obtient qu'un liquide pauvre en bacilles d'Eberth et qui, injecté dans la cavité abdominale à la quantité de 4/10 de centimètre cube, ne provoque aucun trouble.

J. B.

Contributo alla biologia del bacillo del tifo, par A. MONTEFUSCO (*La Riforma medica*, p. 20, 7 *juillet* 1893).

Les basses températures, même lorsqu'elles alternent avec la mise à l'étuve à 37°, n'ont aucune influence sur la vitalité du bacille de la fièvre typhoïde ; elles ont seulement pour effet, pendant le temps où elles agissent, d'empêcher la reproduction du bacille. La virulence du bacille, même lorsqu'il est contenu dans l'eau et dans les garde-robes, n'est pas modifiée par les basses températures, même si l'action de ces températures alterne avec celle de la température de l'étuve à 37°.

GEORGES THIBIERGE.

Zur Frage des Nachweises der Typhusbakterien in Wasser und Faeces, par RAWITSCH-STCHERBA (*Wojenno medic. journ.*, IV, et *Hyg. Rundsch.*, III, n° 9, p. 392, 1er *mai* 1893).

N'ayant pas réussi à isoler de l'eau et des matières fécales, le bacille typhoïdique par la méthode de Chantemesse et Widal (bouillon phéniqué), Rawitsch-Stcherba a eu recours à une solution de naphtol α qui lui a donné de meilleurs résultats. Il a constaté en effet qu'en ajoutant 0,1 de naphtol à 1000 de bouillon, les bactéries aquatiques sont tuées, tandis que le bacille d'Eberth continue à se développer.

Dans les matières fécales traitées de la même façon, il n'y a que le bacille typhoïdique et le bacille banal du côlon qui survivent. Mais il est facile de les isoler l'un de l'autre sans recourir aux cultures sur plaques.

En effet, dans le bouillon naphtolé, le développement du bacille banal du côlon est d'abord très gêné. Il suffit donc, pour obtenir en cultures pures le bacille d'Eberth, de faire des réensemencements coup sur coup. J. B.

Étude sur le rôle du bacille d'Eberth dans les complications de la fièvre typhoïde, par P. DÉHU (*Thèse de Paris*, 1893).

Le bacille typhique peut être doué de propriétés pyogènes : c'est surtout dans le décours de la maladie que le B. typhique peut provoquer des suppurations, surtout en des points déjà lésés, quelle que soit d'ailleurs la nature de cette lésion. Ces abcès à bacilles d'Eberth renferment un pus souvent riche en globules rouges ; toujours circonscrits, ils n'en provoquent pas moins parfois l'apparition d'une véritable rechute.

D'autres suppurations, et surtout des lésions inflammatoires non suppurées, peuvent apparaître dans le décours de la fièvre typhoïde et reconnaître comme causes des infections secondaires (pneumocoques, staphylocoques) ; tels sont en particulier l'ecthyma, les furoncles, les parotidites, l'otite moyenne, la péritonite, les abcès du rein et du foie, quelquefois ceux de la rate, la pneumonie et la broncho-pneumonie, les méningites.

Le B. d'Eberth provoque plus spécialement les suppurations de la rate et des ganglions mésentériques, certaines péritonites subaiguës enkystées, quelquefois les lésions de l'endocarde et des artères, et avant tout les lésions inflammatoires aiguës du périoste et de l'os. E. MOSNY.

De l'action hypothermisante du bacillus coli communis, par E. BOIX (*Mém. de la Soc. de biol.*, 27 *mai* 1893).

L'injection de culture produit toujours comme effet primitif une élévation de température assez notable : le stade d'hypothermie survient ensuite, si la dose est suffisante et si l'injection a lieu par la voie veineuse : la température se relève au moment de la mort, dans quelques cas, mais le plus souvent la mort survient en hypothermie. L'auteur fixe les conditions d'âge des cultures et des doses convenables à l'observation de ces effets. DASTRE.

Dell' azione dei prodotti di ricambio del bacterium coli commune sullo sviluppo del bacillo del colera, par E. CACACE (*Riforma medica, p.* 542, 25 *août* 1893).

Le bacterium coli se développe bien dans les cultures stériles du bacille du choléra et y conserve ses propriétés de culture et chimico-biologiques. De même le bacille du choléra se développe bien dans les cultures stériles du bacterium coli et y conserve ses propriétés de culture ; la bacille du choléra développé dans ces conditions produit une réaction de l'indol à peine sensible. GEORGES THIBIERGE.

Contributo allo studio delle identità biologiche dei prodotti del bacterium coli e del bacillo del tifo, par A. CESARIS-DEMEL et E. ORLANDI (*Giornale della R. Accad. di medicina di Torino, p.* 128, *mars* 1893).

Les auteurs ont injecté dans le péritoine de cobayes l'extrait glycériné, stérilisé par un séjour de 24 heures à la température de 60°, de cultures de bacterium coli. Les animaux ainsi traités ont présenté

l'immunité vis-à-vis du bacterium coli et vis-à-vis du bacille de la fièvre typhoïde. Les produits de ces deux microorganismes sont donc biologiquement équivalents au point de vue du développement de l'immunité.

GEORGES THIBIERGE.

I. — Zur Unterscheidung des Typhusbacillus vom Bakterium coli commune, par FERRATI (*Arch. f. Hyg. XVI, et Hyg. Rundsch., III, n° 8, p.* 352, 15 *avril* 1893).

II. — Untersuchungen über den Typhusbacillus und den Bacillus coli communis, par W. DUNBAR (*Zeitschrf. f. Hyg. und Infektionskrankh., XII, et Hyg. Rundsch. n°* 10, *p.* 454, 15 *mai* 1893).

I. — Ferrati est parvenu à démontrer que, contrairement à l'opinion généralement admise, le bacille du côlon est mobile et pourvu de cils. En culture sur gélatine, le bacille du côlon se distingue du bacille d'Eberth par sa croissance plus rapide et plus luxuriante. Contrairement à plusieurs observateurs, Ferrati n'a pas trouvé que le bacille typhoïdique se développe mieux dans un milieu acide.

Les différences dans l'accroissement des deux bacilles sur pommes de terre s'atténuent quand on alcalinise celles-ci; au contraire, les différences s'accentuent quand on les acidifie légèrement.

Les différences entre les deux espèces de microbes deviennent très nettes quand on étudie leur action sur les sucres. Sur la gélatine additionnée de glucose, le bacille typhoïdique forme lentement de l'acide et jamais de gaz, tandis que le bacille du côlon dégage beaucoup plus rapidement de l'acide, en même temps que du gaz en abondance.

Sur le lactose, le bacille d'Eberth est sans action, tandis que le bacille côlique peut le décomposer en formant du gaz et de l'acide.

L'énergique production d'acide n'est d'ailleurs que l'expression de la vitalité en général supérieure du bacille du côlon. Dans le bouillon ordinaire non sucré et, encore mieux, dans le bouillon additionné d'asparagine, l'un et l'autre bacilles fabriquent de l'alcali, mais le bacille du côlon toujours plus que le typhoïdique.

II. — Dunbar en est arrivé à conclure de ses recherches comparatives sur les particularités de croissance des bacilles typhoïdique et colique, que les caractères regardés jusqu'ici comme spécifiques du bacille d'Eberth n'ont aucune valeur, à savoir : sa manière d'être sur la gélatine, sa croissance invisible sur pommes de terre et la vivacité de ses mouvements propres. Il est exact, d'une façon générale, que le bacille typhoïdique se développe sur les pommes de terre sans produire de couleurs et n'y est reconnaissable que par un éclat humide, tandis que le bacille banal du côlon y forme un enduit jaunâtre ou blanc gris. Mais, en employant certaines variétés de pommes de terre, il n'est pas rare d'observer le phénomène inverse. D'autre part, la mobilité du bacille du côlon est parfois assez grande, contrairement aux assertions d'Escherich, d'Emmerich et de Weisser.

Dunbar, en revanche, considère les caractères suivants comme permettant de différencier sûrement les deux bacilles : le bacille colique offre assez souvent une configuration elliptique, avec amincissement vers les extrémités, tandis que le bacille d'Eberth a partout la même épaisseur. En deuxième lieu, le bacille typhoïdique ne coagule jamais le

lait stérilisé, tandis que le bacille du côlon le coagule régulièrement, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, à la température du corps. Enfin, tandis que le bacille du côlon dégage toujours de grandes quantités de gaz, dans de la lavure de viande stérilisée, déjà au bout de très peu d'heures, on n'observe rien de semblable avec le bacille de la fièvre typhoïde.

Dunbar a, en outre, reconnu que le bacille banal du côlon est beaucoup moins sensible que le typhoïdique à l'addition d'acides quelconques au milieu nourricier; il y continue à croître, alors que le développement du bacille d'Eberth est complètement arrêté. Dunbar en tire la conclusion que les divers moyens proposés pour faciliter la recherche des bacilles typhoïdiques dans l'eau, en empêchant le développement des autres microbes par l'addition d'acides, ne remplissent pas le but désiré. Cette observation s'applique aux procédés d'Uffelmann (*R. S. M.*, XL, 82), de Holtz (*R. S. M.*, XXXVII, 458), de Parietti (*R. S. M.*, XL, 131), de Vincent (addition d'acide phénique à du bouillon de viande peptonisé), de Chantemesse et Widal (addition d'acide phénique à la gélatine), de Thoinot (addition d'acide phénique à l'eau suspecte). J. B.

Entstehung und Wirkung des gruenen Eiters, par SCHIMMELBUSCH (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 14, *p.* 342, 3 *avril* 1893).

Le bacille pyocyanique, agent des suppurations verte et bleue, produit encore d'autres couleurs, la jaune et la brune. On peut observer sur des cultures sur gélatine les transitions graduées de ces diverses nuances, commençant par le vert pour finir par le brun foncé. Cette production de teintes, visible sur presque tous les pansements, tient en première ligne à l'oxygène atmosphérique; à l'abri de celui-ci, le microbe croît sans produire de couleurs; elle dépend en deuxième lieu de la composition du sol nourricier. Il n'y a aucune production de couleurs dans le liquide de Pasteur et quand on additionne le milieu nourricier de différents sels ou de sucre. Sur le blanc d'œuf de poule, la teinte est vert jaune; dans la solution de peptone, elle est bleue; sur le jaune d'œuf, brune. Enfin la production de couleurs est une fonction du bacille pyocyanique normal, si bien qu'on peut l'en dépouiller, en le chauffant à 42 degrés et en multipliant les cultures dans un milieu renfermant des sels et du sucre.

Le bacille pyocyanique rencontré sur les plaies provient des téguments environnants, car c'est un hôte très fréquent de la peau de l'aisselle, de l'aine et de la marge de l'anus.

Quoique ce bacille surexcite la sécrétion des plaies et les recouvre d'un enduit fibrineux, ressemblant souvent à la diphtérie, il n'est pas, à proprement parler, pathogène pour l'homme et les animaux. Il en faut des doses relativement considérables pour provoquer la suppuration ou une intoxication, et ces lésions n'ont pas le caractère envahissant; à petites doses, on peut l'inoculer impunément sous la peau ou dans les veines. Les effets du bacille pyocyanique se rapprochent davantage de ceux d'un irritant chimique très énergique, tel que l'essence de térébenthine, que de ceux des microbes réellement pathogènes. Les substances toxiques qu'il produit sont contenues essentiellement dans la cellule bactérienne.

Dans les conditions naturelles, on observe rarement les effets toxiques des fortes doses de culture du pus vert. J. B.

Hypoglycémie pyocyanique, par CHARRIN et KAUFFMANN (*Soc. de biol.*, 1er *et* 22 *juillet* 1893).

On analyse le sucre du sang, chez un chien, avant et après inoculation intra-veineuse de 3 à 4 centimètres cubes de culture pyocyanique par kilogramme. Le sang jugulaire s'est toujours trouvé notablement appauvri (de 1/3 à 1/2).

Dans l'infection pyocyanique il y a diminution du sucre du sang, hypoglycémie. On obtient le même résultat lorsque, au lieu du bacille on injecte dans les vaisseaux les produits solubles qu'il fabrique, en prenant une culture stérilisée à 110°. DASTRE.

Note on the bacteriology of cholera nostras, par J. MACWEENEY (*Brit. med. j.*, *p.* 629, *septembre* 1893).

En examinant les garde-robes d'un individu ayant présenté tous les signes du choléra algide, l'auteur leur trouve les caractères extérieurs des selles riziformes. Un flocon coloré au bleu de Lœffler et examiné montre une série de bacilles de diverses longueurs, qui sont cultivés de trois manières : *a*) sur la gélatine alcalinisée; *b*) sur de la gélatine très alcaline; *c*) sur de la peptone stérilisée et légèrement chlorurée. Toutes ces cultures donnent exclusivement du colibacille. A rapprocher des faits signalés par Gilbert, Girode, Lesage et Macaigne. H. R.

Sur le mécanisme des symptômes gastro-intestinaux dans le choléra nostras, par DENYS et VAN DEN BERGH (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, *n°* 2; *p.* 201, 1893).

Les expériences ont été faites avec le *bacillus coli communis* provenant soit de l'intestin d'un homme bien portant, soit d'un abcès du périnée où il était à l'état de pureté. Quelle que fût sa provenance, le bacille a été trouvé identique comme effets, provoquant chez des chiens 1° une paralysie céphalo-rachidienne, 2° des vomissements et de la diarrhée avec ténesme, 3° de l'hypothermie.

Pour déterminer ces troubles et les lésions caractéristiques du tube digestif qui les accompagnent (rougeur et érosions de l'intestin), le bacille, ou même ses cultures tuées, doivent être introduits dans le sang. Mis en contact à dose énorme et pendant des heures avec la surface libre de la muqueuse (introduction faite par l'estomac ou directement par la laparotomie), les bacilles se comportent comme une substance inerte. Introduits dans les tissus ou dans le sang à de grandes distances de cette muqueuse (plèvre, tissu cellulaire, paroi de l'intestin), ils produisent des ravages profonds sur la muqueuse intestinale et déterminent la chute de la couche épithéliale.

Les troubles intestinaux graves dus au coli-bacille ne peuvent donc éclater tant que l'épithélium est intact. Dans le choléra nostras il y a deux périodes : 1° l'une prodromique, parfois inaperçue, dans laquelle la grande masse des poisons accumulés dans l'intestin est retenue par l'épithélium intestinal ; 2° l'autre, dans laquelle le poison ayant réussi,

grâce à une lésion épithéliale peu importante, à pénétrer dans le sang et à s'y accumuler, attaque l'épithélium par derrière et ouvre les portes toutes larges aux toxines qui se trouvent dans le tube digestif.

LEFLAIVE.

I. — **Die Cholera asiatica eine durch..... (Le choléra asiatique est un empoisonnement par les nitrites, causé par les bacilles cholériques), par EMMERICH et TSUBOI** (*Münch. med. Woch.*, *n*os 25 *et* 26, *p* 473 *et* 497, 1893).

II. — **Ist die Nitrilbildung der Cholerabacillen..... (La formation de nitrites par les bacilles cholériques a-t-elle une importance considérable pour la production du choléra?), par EMMERICH et TSUBOI** (*Ibid.*, *n°* 32, *p.* 692, 1893).

I. — E. et T. donnent comme preuves de leur assertion: 1° la correspondance des symptômes morbides du choléra avec ceux de l'intoxication par les nitrites chez l'homme et les animaux; 2° la constatation du spectre de la méthémoglobine dans le sang d'un cobaye mort du choléra; 3° le fait que les autres bactéries productrices de nitrites en produisent incomparablement moins que les bacilles de choléra; 4° l'existence de nitrates en quantités considérables dans l'alimentation humaine, qui constitue une source abondante de nitrites; 5° l'observation que les bacilles cholériques, en présence des acides hydrocarbonés, à l'exclusion de toute trace de nitrates, dans l'intestin, produisent une diarrhée, qui de cholérine se tranforme en choléra asiatique quand les nitrates y coexistent; 6° le fait qu'à 36° C, les bacilles cholériques réduisent en nitrites en 4 heures la totalité des nitrates contenus dans 10 centimètres cubes de bouillon; 7° le fait très remarquable que l'homme est de tous les animaux le plus sensible à l'action des nitrites, 0gr,2 de nitrite suffisant à tuer un lapin de 2 kilos produisent des phénomènes très graves d'intoxication chez un homme de 70 kilos; 8° l'analogie qui existe entre le choléra et l'intoxication par l'arsenic ou les nitrites chez l'homme et les animaux; enfin 9° le fait qu'une alimentation riche en nitrates (racines) favorise le développement du choléra chez l'homme.

II. — Leurs recherches leur ont montré qu'en introduisant des bacilles cholériques dans l'estomac, après avoir neutralisé au préalable le suc gastrique, les nitrates introduits en même temps sont réduits après quelques heures en nitrites en si grandes quantités que, même chez des chiens vigoureux et bien nourris, il survient une cyanose intense, une accélération de la respiration et une formation massive de méthémoglobine dans le sang. Ces expériences détruisent donc l'opinion de Klemperer « que, dans le choléra la formation de méthémoglobine peut être due à des substances chimiques encore inconnues. »

C. LUZET.

Ist die asiatische Cholera eine Nitritvergiftung? par G. KLEMPERER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 31, *p.* 741, 31 *juillet* 1893).

Réfutation du travail d'Emmerich et Tsuboi (Voy. ci-dessus).

Klemperer conteste d'abord la valeur des arguments tirés de la ressemblance des symptômes et des lésions anatomiques entre les deux affections. Les virus rhumatismal, blennorragique et scarlatineux donnent tous trois lieu à des arthropathies douloureuses et fébriles. Une méningite peut

être causée par les bacilles tuberculeux et pneumonique ; une pleurésie purulente, par le pneumocoque, le streptocoque ou le bacille tuberculeux, etc., bien plus, des substances chimiques, nullement d'origine microbienne, peuvent provoquer des phénomènes morbides et des altérations semblables à ceux de certaines maladies infectieuses.

D'autre part, Klemperer a fait des expériences montrant qu'il n'existe aucun parallélisme entre la virulence des bacilles cholériques et leur aptitude à former des nitrites, que ces bacilles déterminent encore les phénomènes morbides caractéristiques, lorsque, par la chaleur, on leur a enlevé le pouvoir de former des nitrites ; que la virulence de ces bacilles peut s'affaiblir considérablement, sans qu'il y ait amoindrissement correspondant de la faculté de former des nitrites ; que les nitrites ne confèrent nullement l'immunité contre le poison du choléra.

Enfin la présence de méthémoglobine dans le sang des cholériques n'a pas non plus la portée que lui assigne Emmerich, car c'est un phénomène commun à toutes les maladies infectieuses graves. J. B.

Versuch ueber Immunisation des Menschen..... (Recherches sur l'immunisation de l'homme contre le choléra), par J. SAWTSCHENKO et D. SABOLOTNY (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, nº 16, 24 *août* 1893).

L'ingestion de cultures de bactéries cholériques sur agar tuées et traitées ensuite par l'acide phénique donne au sérum humain une propriété immunisante vis à vis du vibrion cholérique.

Par l'injection préalable de cultures sur agar tuées, il est possible de préserver des lésions produites par la pénétration dans l'intestin du vibrion de Koch virulent.

Les selles des sujets possédant l'immunité contre le choléra, dont l'habitus extérieur indique l'état de santé normal, contiennent parfois un grand nombre de vibrions de Koch et servent à propager le germe infectieux. Ce fait démontré expérimentalement concorde avec l'observation de Rumpel qui, dans les selles normales d'individus vivant au voisinage de cholériques ou dans un milieu infecté, trouva souvent des vibrions du choléra.

Les selles chargées de vibrions de Koch peuvent être dangereuses, les vibrions, même après avoir traversé l'intestin de sujets possédant l'immunité, n'ayant pas perdu leur virulence initiale. PAUL TISSIER.

Ueber dei Erzengung des Cholera von der Blutbahn aus..... (Sur la production du choléra par la voie circulatoire et sur le rôle prédisposant de l'alcool), par THOMAS (*Arch. f. exper. Path. und Pharmak.*, *XXXII*, 1-2 ; 24 *août* 893).

Le bacille virgule peut, chez les lapins, donner le choléra typique en injections dans le système circulatoire.

Il passe du sang dans la bile et le contenu intestinal, lorsqu'on emploie des doses mortelles, lorsqu'on lèse les voies biliaires.

L'alcool est un puissant adjuvant : il augmente (6 fois) la prédisposition à l'infection cholérique, non seulement en modifiant la nutrition, les fonctions cellulaires et en déterminant des troubles vasculaires, mais surtout en affaiblissant le pouvoir bactéricide du sang.

PAUL TISSIER.

Koennen lebende Cholerabacillen mit dem Boden-und Kehrichtsstaub durch die Luft verschleppt werden? par J. UFFELMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 26, *p.* 617, 26 *juin* 1893).

Uffelmann conclut de ses expériences que les bacilles cholériques (en suspension dans l'eau ou mêlés à des matières fécales diluées) incorporés à de la terre de jardin, à du sable ou à des balayures qu'on fait sécher à l'air tout en les abritant contre le soleil, meurent en grande majorité dans les 24 heures, mais qu'un certain nombre d'entre eux résistent à cette dessication pendant un temps variable de quelques heures à 3 jours au plus. Il y a donc possibilité qu'ils soient entraînés dans les poussières atmosphériques. J. B.

Choléra et fièvre typhoïde, par J. GIRODE (*C. R. de la Soc. de biol.*, 27 *mai* 1893).

On a observé la concomitance des deux affections très fréquemment. On a pu voir les deux maladies évoluer successivement. Chez le même sujet, d'ordinaire, c'est l'évolution typhique qui succède aux symptômes cholériques. L'auteur cite une observation de ce genre. DASTRE.

Laboratoriumcholera..... (Choléra de laboratoire diagnostiqué en six heures), par FREYMUTH et LICKFETT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 19, *p.* 456, 1893).

Lickfett a proposé, en 1892, de faire les cultures cholériques sur les lamelles utilisées par les histologistes, qui constituent ainsi des plaques en miniature. Son procédé lui a permis de diagnostiquer au bout de 6 heures le choléra chez un garçon du laboratoire de Dantzig, qui fut atteint pour avoir négligé de se laver les mains avant le repas, un jour où il avait manié et nettoyé les instruments servant aux cultures.

Lickfett étend d'abord, sur la lamelle stérilisée, une couche épaisse d'un mélange composé de la façon suivante : bouillon de Koch, 900 centimètres cubes ; glycérine, 12 centimètres cubes ; agar-agar, 12 grammes ; gélatine, 30 grammes. Ce mélange a été chauffé. C'est sur la couche refroidie qu'on étale, à l'aide d'un pinceau, les matières fécales intimement mélangées au même composé nutritif. La lamelle est placée dans une chambre humide et celle-ci maintenue dans le thermostat à 38° environ.

Dans le cas du garçon de laboratoire (qui a guéri sans accidents graves) les lamelles présentaient, au bout de six heures, de petites colonies de bacilles virgules. L. GALLIARD.

Contribution à l'étiologie du choléra, par A. BLACHSTEIN et J. ZUMFT (*Arch. des Sc. biol. de St-Pétersbourg*, *II*, *p.* 95, 1893).

Les auteurs cherchent à démontrer que, dans le choléra, l'infection se produit par un mélange de bactéries où le bacille de Koch joue peut-être un rôle principal, mais que ce bacille ne peut provoquer le choléra sans le concours de bactéries secondaires.

Leurs expériences entreprises avec des cultures du B. virgule isolé par eux, pendant l'épidémie de 1892, à Bakou et à Astrakan leur ont

prouvé, en effet, que ce bacille n'est pas mortel lorsqu'on l'inocule à l'état de cultures pures, aux animaux réceptifs. Les autres microbes isolés dans les selles cholériques ne se montrent pas davantage pathogènes pour les animaux.

Mais si l'on mélange une culture pure du B. virgule avec celle de l'un des microbes trouvés dans les selles cholériques ou bien avec une culture d'un parasite normal de l'intestin, tel que le B. coli, on obtient des effets toxiques et mortels.

Les auteurs ont de même réussi à tuer les lapins et les pigeons en leur injectant un mélange de culture de B. virgule, et d'une culture de diverses bactéries contenues dans l'eau de la Néva.

Dans toutes ces expériences, le B. virgule disparaît rapidement chez l'animal inoculé et souvent les recherches n'y décèlent que les bactéries secondaires associées.

Le résultat de ces expériences peut expliquer les cas de choléra où le B. virgule n'a pu être décelé, et les caractères divers des différentes épidémies, ce qu'on appelait jadis le génie épidémique. E. MOSNY.

Recherches bactériologiques sur l'infection urinaire, par ALI KROGIUS (1 *vol. in-8°*, *Helsingfors*, 1892).

Les recherches cliniques et expérimentales de Krogius lui ont montré que l'agent habituel de l'infection urinaire est le bacille non liquéfiant, décrit par Albarran et Hallé sous le nom de *bacterium pyogenes*, bacille extrêmement polymorphe, très variable comme énergie de ses propriétés physiologiques et pathogènes, qu'il est permis d'identifier au *bacterium coli commune.*

Mais, dans certains cas graves d'infection urinaire, on rencontre aussi parfois un bacille liquéfiant, l'*urobacillus liquefaciens septicus*, analogue au *proteus vulgaris* de Hauser.

Ces deux bacilles se trouvent non seulement dans les urines pathologiques, mais aussi dans les abcès urineux, les reins suppurés, le sang, les viscères : tous deux pyogènes, ils sont éminemment toxiques. Mais, tandis que le premier peut exister dans les urines sans amener aucune lésion des voies urinaires, tout en causant dans ces cas de bactériurie, des troubles généraux graves, le second détermine toujours une cystite par sa seule présence dans la vessie. (Schnitzler.)

En ce qui concerne les cocci, Krogius a observé que le staphylocoque pyogène pouvait être la cause de cystites intenses et qu'il existait de vraies cystites du corps de la vessie, dues au gonocoque de Neisser. D'ailleurs, divers autres microcoques se rencontrent parfois comme agents de l'infection urinaire.

Enfin, fait important, les urines pathologiques, presque toujours acides, renferment le plus souvent une culture pure d'une seule et même espèce de microbes. R. JAMIN.

I. — Beiträge zur Kenntniss der Milch immunisirter Thiere, par BRIEGER et EHRLICH (*Zeitschr. f. Hyg. und Infektionsk.*, *XIII*, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 9, *pt* 397, 1*er mai* 1893).

II. — Demonstration betreffend Tetanos, par HEYSE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 24, *p.* 579, 12 *juin* 1893).

III. — Contributo allo dell' infezione tetanica sperimentale negli animali, par B. RONCALI (*La Riforma medica*, p. 169, 19 *juillet* 1893).

IV. — Sulle alterazioni del sistema nervoso nel tetano sperimentale, par O. PES (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, p. 492, *juin* 1893).

I. — Ehrlich a montré que l'immunité peut être transférée à leurs petits par les mères nourrices, grâce sans doute au passage des substances protectrices dans le lait; il est de même établi que l'immunité peut être conférée par l'injection sous-cutanée du lait d'animaux dotés de l'immunité. Dans leurs nouvelles expériences, Brieger et Ehrlich ont constaté que l'excrétion de la substance protectrice se poursuit durant toute la période de lactation et que la richesse du lait en substances protectrices s'accroît en raison directe du degré d'immunité. Les expériences ont été faites tantôt sur une chèvre rendue réfractaire au tétanos, tantôt sur des souris.

Une observation importante, c'est que le processus d'immunité éprouve des oscillations : soit, par exemple, un animal dont le lait a une valeur d'immunité représentée par 4000, cette valeur retombe à 1000 quelques jours après l'injection de matières virulentes destinée à accroître l'immunité; puis, les jours suivants, elle remonte de plus en plus jusqu'à atteindre, le dix-septième jour, le chiffre de 9000; à partir de ce moment, elle baisse de nouveau, pour atteindre, au bout de quelque temps, une valeur désormais constante de 4000.

Les auteurs pensent que le virus introduit capte ou détruit une certaine quantité de la substance protectrice de l'organisme doté d'immunité, mais qu'ensuite il se produit une réaction organique qui cherche à combler le déficit par une surproduction de substances protectrices. Ils ont constaté, d'autre part, que le moment le plus favorable pour accroître l'immunité par de nouvelles injections est l'apogée de l'effet de la première injection, parce qu'alors l'organisme contient davantage de substances protectrices et peut, sans dommages, tolérer les doses les plus fortes de virus.

Brieger et Ehrlich ont réussi à concentrer les substances protectrices du sérum sanguin, et surtout du lait, en recourant à la précipitation fractionnée par le sulfate d'ammoniaque. Avec un litre de lait, ils ont recueilli 1 gramme d'une substance transparente, blanc jaunâtre, de réaction acide, soluble dans l'eau et encore mieux dans la soude; ils ont achevé de purifier cette poudre à l'aide du sulfate de magnésie. Mais la valeur protectrice de cette poudre de lait n'atteint pas celle que Behring a obtenue avec son sérum antitétanique.

II. — Chantemesse et Widal (*R. S. M.*, XXXV, 70) ont donné le tétanos à des souris en leur inoculant le produit du raclage de la face interne de l'utérus d'une accouchée qui avait succombé à cette maladie.

Mais jusqu'ici on n'avait pas pu rendre les animaux tétaniques par inoculation de sécrétions utérines recueillies pendant la vie sur des femmes atteintes de tétanos puerpéral.

C'est à quoi a réussi Heyse sur des souris inoculées sous la peau. Il est possible qu'une circonstance accidentelle explique pour une part cette réussite. Heyse n'a pu inoculer que le lendemain la matière infectée, qu'il avait fait dessécher sur de l'ouate. Or, les bacilles tétaniques

supportent sans dommages la dessication, tandis qu'il n'en est pas ainsi pour les autres microbes des lochies. Il peut donc être arrivé que les souris, ayant échappé à l'infection streptococcique, le tétanos ait eu le temps de faire son apparition. J. B.

III. — Dans la terre, la distribution des germes tétaniques est inégale, et par suite, l'inoculation d'une terre contenant des spores ne produit pas toujours le tétanos.

Dans les expériences ordinaires de laboratoire, par inoculations de cultures, c'est la toxine élaborée par le bacille dans ces cultures qui tue les animaux du tétanos, et non pas celle que le bacille peut élaborer dans les tissus.

Les spores du bacille tétanique, lorsqu'on les débarrasse, par le lavage prolongé et par l'action de la température, de la toxine qui leur adhère, et qu'on les inocule ensuite aux animaux, produisent la mort par tétanos le quatrième, cinquième ou sixième jour, parce qu'elles se développent dans l'économie indépendamment de la tétanotoxine qu'elles produisent.

Les spores tétaniques qui se trouvent dans la terre produisent l'infection tétanique chez les animaux auxquels on les inocule, indépendamment de la présence ou de l'absence des autres germes qui peuvent les accompagner. Les germes qui pénètrent dans l'organisme à travers une plaie en même temps que les germes tétaniques n'agissent pas en aidant le développement des spores tétaniques, mais en diminuant la résistance de cet organisme, par suite de l'empoisonnement que causent leurs pro duits et qui le rendent plus apte à contracter le tétanos.

IV. — Les recherches de l'auteur ont porté sur le cobaye, la souris et le lapin.

Dans les nerfs périphériques, un certain nombre de fibres présentent une segmentation de la myéline, le cylindraxe est tuméfié et comme variqueux par places; en d'autres points, la myéline forme des blocs irréguliers au niveau desquels le cylindraxe est profondément altéré, sinueux et élargi ou aminci; partout la gaine de Schwann est intacte. Ces lésions ne s'observent que chez les animaux dont la maladie a évolué lentement, en 7 à 10 jours. Les vaisseaux sanguins sont congestionnés et quelquefois il y a de petites hémorragies punctiformes.

Les terminaisons nerveuses dans les muscles striés sont intactes, sauf que quelques-unes se colorent moins bien. Les corpuscules de Golgi sont généralement intacts; quelquefois cependant ils se colorent mal.

Dans la substance grise de la moelle, d'autant plus altérée que la maladie a duré plus longtemps, certaines cellules sont tuméfiées, se colorent peu, leur noyau est à peine apparent, leurs prolongements sont élargis, courts, peu colorés; d'autres présentent autour du noyau un espace incolore plus ou moins large; dans d'autres, le protoplasma est accolé irrégulièrement au noyau en laissant des lacunes périphériques en forme de rayons ou de cavités kystiques remplies de cellules lymphoïdes. L'infiltration cellulaire est plus ou moins abondante dans le stroma, particulièrement autour des prolongements des cellules nerveuses. Le réseau capillaire sanguin de la moelle et du bulbe est congestionné; les espaces lymphatiques périvasculaires renferment un nombre plus ou moins considérable de cellules lymphoïdes.

Les lésions de la moelle occupent surtout la corne grise antérieure et

sont principalement marquées à la région lombaire. Dans le bulbe et surtout dans le cerveau, elles portent seulement sur un petit nombre de cellules. GEORGES THIBIERGE.

Zur Kenntniss des Tetanus, par BUSCHKE et ŒRGEL (*Deutsche med. Woc* *n°* 7, *p.* 149, 1893).

Un garçon de 9 ans, atteint de fracture de cuisse compliquée, présente le huitième jour du trismus et de l'opisthotonos; malgré une injection sous-cutanée de sérum antitétanique, il succombe *le soir même.* A l'autopsie, plusieurs foyers broncho-pneumoniques contenant des streptocoques.

De la plaie on ne peut extraire aucun bacille tétanique.

Les granulations servent à inoculer des souris qui, en deux jours, succombent avec les symptômes caractéristiques; le pus emprunté à ces animaux reproduit chez d'autres souris les mêmes accidents.

La sueur et la salive du malade injectées à des souris n'avaient provoqué aucun désordre.

Le sang recueilli pendant la vie donna un sérum qui, injecté aux cobayes, détermina des contractures; les cobayes ne succombèrent qu'au bout de 6 ou dix jours. D'ailleurs le sérum perdit rapidement ses propriétés tétanisantes.

La recherche de la toxalbumine du tétanos dans le foie, la rate et la moelle, d'après le procédé de Brieger et Frœnkel a donné des résultats positifs. L. GALLIARD.

The pathological effects of certain substances derived from the spleen in cases of scarlatina, par J. BOKENHAM et W. SOLTAU FENWICK (*Brit. med. j.*, *p.* 405, 19 *août* 1893).

Bokenham et Fenwick ont réussi à extraire, de la rate des scarlatineux morts de scarlatine maligne, un produit morbide de nature protéique qui, introduit dans le torrent circulatoire d'un animal, est rapidement éliminé par les reins et y détermine en peu de temps une néphrite aiguë parenchymateuse. Des extraits de rate provenant d'autres maladies infectieuses ne donnent pas ces résultats expérimentaux.

On pourrait supposer que cette albuminose toxique détermine également sur le tube digestif les lésions signalées par Fenwick dans les cas de scarlatine grave. Il n'en est rien.

Aucun des animaux inoculés n'a présenté de désordres gastro-intestinaux. H. R.

Recherches sur les microbes du vaccin et en particulier sur les coccus de la vaccine rouge, par MALJEAN (*Gaz. hebd. Paris*, 17-24 *juin* 1893).

L'éruption vaccinale incomplète, dite papules rouges, contient, le plus souvent à l'état de pureté, un microcoque spécial qui existe également dans les pustules vaccinales franches de l'homme et de la génisse, soit seul, soit associé à d'autres microbes. Ce micrococque se retrouve aussi dans la pulpe vaccinale glycérinée. Inoculé à la génisse en culture pure, il produit les lésions classiques de la vaccine et confère l'immunité. Après un second passage sur la génisse, il donne naissance à un vaccin très actif et dépourvu de toute action inflammatoire étrangère à la vaccine.

LEFLAIVE.

Note sur la part qui revient à l'occlusion des voies lymphatiques dans la production de l'œdème, par BODDAERT (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, n° 11, p.* 1019, 1892).

Si on lie les veines jugulaires externes d'un lapin, l'œdème de la région correspondante ne se produit pas ; il se produit lorsqu'avec celle des veines on fait la ligature des troncs lymphatiques satellites. La ligature des seuls troncs lymphatiques est rapidement suivie d'œdème, lequel est encore plus accusé si on pratique de plus la section du sympathique cervical. LEFLAIVE.

On a new microorganism of spreading œdema, par H. BUTTLER (*The Journ. of pathol. and bacteriol., I, n°* 3, 1893.

Au voisinage immédiat d'un abcès du lobe temporal, consécutif à une otite moyenne, Buttler a rencontré des coques capsulés, les uns isolés, d'autres groupés par deux, dans le tissu cérébral un peu œdématié.

Des 3 cochons d'Inde inoculés avec des fragments de ce tissu, l'un est mort spontanément, le deuxième a été sacrifié, tandis que le dernier est resté en vie. A l'autopsie, il se trouvait, au niveau du point inoculé, un noyau tendineux, dur, qui renfermait du pus; dans son voisinage, on retrouvait les mêmes microorganismes. En les cultivant, Buttler a obtenu 2 espèces de coques, dont une seule virulente. L'une et l'autre étaient pléomorphes et se laissaient différencier par cultures sur pommes de terre. Sur ce milieu nourricier, l'espèce virulente formait un revêtement jaune brun composé de coques et de bacilles, ces derniers s'unissant souvent en longs filaments. Les cultures artificielles n'ont jamais révélé de capsules. Un centimètre cube d'une culture en bouillon de l'espèce virulente tuait un cobaye en 36 heures. L'autre espèce, qui, sous forme de coques, n'était pas distincte de la première, donnait aussi assez souvent lieu à des filaments, mais ceux-ci étaient beaucoup plus allongés, ressemblant à ceux du leptothrix; en outre elle produisait des spores. Sur pommes de terre, cette deuxième espèce se distinguait de la première par sa couleur rouge. J. B.

Sulla diaguosi differenziale tra lo streptococco dell' erisipela e la streptococco piogeno, par N. PANE (*Giornale della Assoc. napoletana di medici e naturalisti, p.* 31, 1893).

Le streptocoque de l'érysipèle trouble le bouillon qui contient de faibles traces de glucose et 0,1 à 0,2 pour 100 de carbonate de soude, il ne trouble pas le bouillon qui renferme 0,1 pour 100 de glycose et au-dessus ; la cause de ce trouble est la mobilité des streptocoques qui restent suspendus dans le bouillon ; son absence est due à ce que le glycose favorise le développement des cultures, de sorte que les streptocoques perdent leur mobilité. Les streptocoques pyogènes, qui troublent constamment le bouillon, quelle que soit sa teneur en glycose (streptocoque *a*) et ceux qui ne le troublent jamais (streptocoques *b* et *c*) se distinguent ainsi facilement du streptocoque de l'érysipèle.

GEORGES THIBIERGE.

Zur Aetiologie des akuten Gelenkrheumatismus (Étiologie du rhumatisme articulaire aigu), par SAHLI (*Deut. Arch. f. klin. Med., LI, p.* 351, 1893).

Dans un cas de rhumatisme articulaire aigu, non compliqué de suppuration, Sahli a trouvé dans les jointures malades, dans les dépôts endocarditiques, dans la péricardite et la pleurésie, dans les ganglions bronchiques tuméfiés, et en moins grande quantité dans le sang du cœur gauche un coque identique au staphylococcus citreus, non pathogène pour les animaux (lapin, cobaye, chèvre), ni par la voie sous-cutanée, ni par la voie intrà-veineuse, ni par injection dans les articulations. Comme il n'y a pas de raisons de penser à une infection mixte, il faut croire que c'était là l'agent pathogène. On n'a pu établir s'il s'agissait d'une espèce analogue au st. citreus, ou d'une variété moins virulente du citreus ordinaire.

On peut penser que le rhumatisme articulaire aigu est le produit de coques pyogènes atténués. Peut-être même plusieurs espèces de coques peuvent-elles intervenir et faudra-t-il détruire l'unité étiologique du rhumatisme aigu. Quoi qu'il en soit, l'examen bactériologique de ce cas doit faire considérer, étant donné leur étiologie unique, les endocardites, péricardites, pleurésies, etc., non comme des complications proprement dites, mais comme des localisations du rhumatisme articulaire aigu.

C. LUZET.

Ueber die entzündliche Gefässneubildung... (Sur la formation des vaisseaux sanguins dans les pseudo-membranes inflammatoires), par K. YAMAGIWA (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol., CXXXII*, 3).

Yamagiwa étudia d'abord sur les cadavres les pseudo-membranes pleurétiques et pachyméningitiques, afin de voir comment les capillaires y ont pris naissance. Il trouva ce résultat essentiel que les anciens vaisseaux poussent des bourgeons qui produisent les capillaires des pseudo-membranes.

En second lieu, Yamagiwa expérimenta sur les lapins, en leur injectant, dans la cavité pleurale ou péritonéale, des liquides irritants (alcool absolu, azotate de soude, etc.). En examinant, quelques jours après l'opération, le péritoine, ou la plèvre, après fixation des tissus, il arriva aux résultats suivants :

1° Les six ou sept premiers jours, il n'existe pas de vaisseaux dans la néo-membrane, qui est constituée par des amas de cellules étoilées, riches en protoplasma.

2° Les premiers capillaires apparaissent du côté du tissu ancien dont les vaisseaux s'élargissent et dont les parois poussent des prolongements protoplasmatiques ou cellulaires.

3° Les nouveaux capillaires se terminent par une extrémité émoussée, tant qu'ils ne se sont pas abouchés avec les voisins.

4° Jamais les capillaires ne se forment dans les pseudo-membranes loin et indépendamment des anciens vaisseaux.

5° C'est donc uniquement par bourgeonnement des anciens vaisseaux que se font les nouveaux capillaires.

6° La canalisation des bourgeons débute à partir de la lumière de l'ancien vaisseau.

7° Les noyaux qui se trouvent dans les bourgeons ont pris naissance sur place par division du noyau de la cellule préexistante ou aux dépens du noyau de l'ancienne paroi vasculaire.

8° Les cellules de la néo-membrane prennent part à la formation des nouveaux capillaires, parce qu'elles servent à relier deux bourgeons ou vaisseaux capillaires voisins. ÉD. RETTERER.

Altes und Neues über Wanderzellen..... (Sur les cellules migratrices et en particulier sur leur origine et leurs transformations), par J. ARNOLD (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol.*, *CXXXIII*, 3).

J. Arnold a fait un grand nombre d'expériences sur la grenouille pour déterminer l'origine et les transformations des cellules migratrices d'origine vasculaire.

Dans une première série d'essais, il introduisit des lamelles de moelle de sureau dans la cavité abdominale et les sacs lymphatiques de la grenouille.

Déjà au bout de 4 ou 6 heures, de nombreuses cellules migratrices avaient pénétré dans les aréoles de la moelle de sureau. Les unes n'avaient qu'un seul noyau, les autres en possédaient plusieurs, reliés les uns aux autres par des filaments.

Au bout de 6 ou 12 heures, on trouve, dans les aréoles, des cellules allongées s'étendant d'une paroi cellulaire à l'autre ; leurs noyaux sont bourgeonnants et ramifiés. Au lieu d'y voir des cellules dégénérées, J. Arnold est porté à les considérer comme des cellules migratrices en train de se transformer.

Ni dans le mésentère, ni dans les tissus avoisinants, il n'existe trace de prolifération ; les cellules migratrices sont donc d'origine vasculaire.

Dans une seconde série, J. Arnold se servit de tubes de jonc, épais de 2 millimètres et longs de 5 millimètres, au lieu de moelle de sureau. Ces tubes de jonc offrent l'avantage de moins adhérer aux tissus, de sorte que les cellules ne peuvent y pénétrer que par migration.

Au bout de 12 ou 24 heures, la surface des tubes est entourée d'une couche de lymphe qui renferme des cellules uninucléées et multinucléées ; on y voit de plus quelques formes étoilées et ramifiées. L'intérieur des alvéoles montre des cellules semblables aux précédentes.

Dès les premiers jours on constate des signes de dégénération dans ces cellules. On remarque en outre des divisions cellulaires, que J. Arnold considère comme des mitoses de dégénération.

En résumé, en empêchant la participation des cellules fixes du tissu conjonctif, on arrive à faire pénétrer les cellules migratrices d'origine vasculaire dans les aréoles de la moelle de sureau ou du jonc, et à les voir s'y développer en cellules étoilées.

Dans une troisième série, J. Arnold injecta du gruau de froment dans le sac lymphatique dorsal de la grenouille. En examinant les membranes natatoires, puis les autres organes, on trouve dans les vaisseaux sanguins des corpuscules de froment qui sont plus gros que les globules rouges du sang. Ces corpuscules ont donc pénétré du sac lymphatique dorsal dans les veines puis dans les vaisseaux pulmonaires, et de là, dans les autres organes, et cela, *sans la participation des cellules migratrices.*

Lorsqu'au bout de 6, 12 ou 24 heures après l'injection on prend de la lymphe dans le sac lymphatique dorsal, on trouve les cellules lymphatiques remplies de corpuscules de froment de petites dimensions ou de taille moyenne. Non seulement les cellules uninucléées, mais les cellules multinucléées renferment de ces corpuscules.

Ces expériences légitiment les conclusions suivantes :

1° Dans un laps de temps qui exclut toute participation du tissu conjonctif, on trouve dans la moelle de sureau et le jonc des formes cellulaires uninucléées ou multinucléées, qui ne peuvent provenir que des vaisseaux.

2° Ces cellules ont un sort variable : les unes dégénèrent et périssent, tandis que les autres se transforment en cellules étoilées, fusiformes et même en cellules géantes ou revêtant un caractère épithélioïde.

J. Arnold ajoute qu'aujourd'hui on ignore 1° si les cellules migratrices d'origine vasculaire sont capables de prendre part au développement du tissu conjonctif, 2° si elles sont aptes à se tranformer en cellules conjonctives fixes, 3° si elles peuvent remplacer les corps fibroplastiques. Quant au rôle que jouent les cellules migratrices, d'origine vasculaire ou conjonctive, dans la formation des bourgeons charnus, J. Arnold pense qu'elles ne constituent que des éléments transitoires et provisoires de ces bourgeons, jusqu'au moment où les cellules qui dérivent des corps fibroplastiques, viennent les remplacer. ÉD. RETTERER.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Ueber die Verbreitungsart subcutan beigebrachter mit den Gewebsäften..... (Sur la façon dont se dispersent les liquides non miscibles avec les humeurs dans l'organisme animal, par E. JUCKUFF (*Arch. f. exper. Path. u. Pharmak., XXXII*, 1 *et* 2; 24 *août* 1893).

La paraffine ou le mercure, injectés sous la peau, se diffusent dans les fentes du tissu conjonctif et arrivent en suivant les lymphatiques dans les cavités viscérales (pectorale, abdominale, cranienne, etc). Dans les conduits lymphatiques pénètrent une partie des corps injectés seulement après des mois.

Les forces qui font circuler ces corps sont les processus de nutrition du tissu conjonctif, la pesanteur, l'action musculaire (massage). Le rôle des leucocytes est tout à fait secondaire.

L'absence de capillarité de la paraffine et des corps semblables empêche celle-ci de passer des fentes séreuses extensibles dans les canaux lymphatiques munis de parois et de valvules. PAUL TISSIER.

Influenza del digiuno sopra l'intensità di azione di alcune sostanze tossiche, par V. ADUCCO (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino, p.* 236, *mars* 1893).

Chez des chiens soumis au jeûne, l'auteur a administré les mêmes

doses (par kilogramme de poids) de chlorhydrate de cocaïne, de sulfate de strychnine et d'acide phénique, le jour avant le début du jeûne, et à des époques de la période de jeûne variant du troisième au quarante-quatrième jour. Il a constaté que les effets de la cocaïne sur la température et sur la motilité sont notablement plus forts chez les animaux soumis au jeûne que chez ceux qui reçoivent de l'alimentation; pour la strychnine et pour l'acide phénique, la réaction toxique est également augmentée, mais moins nettement et moins constamment. GEORGES THIBIERGE.

Sur l'influence de l'eau de goudron, de l'eau carbo-sulfureuse et de l'eau chloroformée sur quelques espèces de microbes pathogènes, par S.-A. KOURBATOW (*Vratch*, n° 45, 1893, *et Thèse de St-Pétersbourg*, 1893).

L'eau de goudron convenablement préparée peut tuer des cultures cholériques âgées d'un an en 1 minute, âgées d'un mois en 10 minutes; elle tue les cultures typhiques en 15-20 minutes. L'acidité de l'eau de goudron a une importance capitale pour sa force désinfectante. Conservée à l'abri de la lumière, à la température de la chambre, l'eau de goudron au 10e, non débarrassée des acides, conserve sa valeur de désinfectant pendant deux mois.

L'eau chargée de carbone sulfuré dans la proportion de 1 pour 40, dans l'alcool, et agitée pendant 2 à 3 minutes, tue les cultures cholériques anciennes en 10 minutes et les cultures typhiques en 30 minutes. Elle est plus active que celle préparée avec de l'alcool.

L'eau chloroformée a la même activité que l'alcool à 20 degrés, car elle tue les cultures cholériques en 3-6 heures et les cultures typhiques en 12-24 heures.

L'action de ces eaux est plus forte à 30-37 degrés centigrades qu'à la température de 20-24 degrés centigrades. Les cultures âgées de 3 jours sont moins résistantes que celles âgées de 24 heures. Les cultures provenant par ensemencement d'une vieille culture sont moins résistantes que celles d'une première génération du même âge. Les cultures âgées de 6 heures sont moins résistantes que celles âgées de 24 heures.

L'auteur propose de se servir de la plus grande résistance du colibacille vis-à-vis de ces solutions pour le différencier d'avec le bacille typhique.

L'eau chloroformée ajoutée à de l'eau de goudron renforce l'action désinfectante de celle-ci; l'eau carbo-sulfureuse ajoutée à de l'eau de goudron ne la rend pas plus active. Un mélange d'eau chloroformée et d'eau sulfocarbonée à parties égales correspond par sa force à de l'eau chloroformée. H. FRENKEL.

Ueber den Einfluss der Chloroformnarcose..... (Influence de la chloroformisation sur le rein), par RINDSKOPF (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, *p.* 959, 1893).

Rindskopf a examiné l'urine de 100 sujets soumis à l'anesthésie par le chloroforme officinal ou par le chloroforme Pictet. Comme 7 de ces sujets étaient atteints d'accidents septiques ou toxiques, et non utilisables, par conséquent, il en est resté 93 parmi lesquels 31 ont eu des modifications de l'urine.

L'influence des antiseptiques doit être considérée. L'auteur n'em-

ployait que le trichlorure d'iode en solution à 1 0/0 surtout pour le lavage des foyers tuberculeux, et l'iodoforme. Le premier de ces corps n'a pu déterminer aucun désordre du côté du rein. Quant à l'iodoforme il n'était pas appliqué à l'état de pureté, mais mélangé à l'huile ou porté par des tampons et de la gaze.

Le traumatisme opératoire ne peut être accusé davantage d'avoir modifié l'urine.

C'est donc au chloroforme qu'il faut attribuer les perturbations observées dans les 31 cas :

Albumine seule........................	6 fois
Albumine et cylindres..................	6 »
Cylindres seuls.........................	19 »
Cylindroïdes...........................	4 »
Leucocytes	21 »
Cellules épithéliales d'origine variée......	19 »

L'albumine n'a existé qu'à l'état de traces ; encore ne l'observait-on que pendant les premières heures ; le 3e jour elle disparaissait complètement. Les cylindres se montraient surtout dans la matinée qui suivait l'opération, puis disparaissaient progressivement, de sorte qu'au bout de 60 à 70 heures ils faisaient complètement défaut. Ces cylindres étaient toujours hyalins ; on en trouvait des centaines dans le champ du microscope, le second jour. On voyait souvent aussi des amas leucocytiques et des gouttes de graisse.

Les cellules épithéliales du rein se sont rencontrées dans 10 cas, reconnaissables à leur couleur, à leur forme cubique, à l'état granuleux de leur protoplasma.

Il faut, dans la pratique, pour éviter les accidents rénaux, réduire autant que possible la durée de l'anesthésie chloroformique. Dans les 31 cas de l'auteur, cette durée avait été de 69 minutes en moyenne, tandis que les 69 opérés dont l'urine resta normale, n'avaient dormi que 40 minutes en moyenne. Ces derniers avaient consommé 26 grammes de chloroforme et les autres 31 grammes. On emploiera donc de préférence la méthode qui consiste à verser goutte à goutte, sans interruption, et qui fait économiser le médicament.

C'est surtout chez les sujets atteints de lésions rénales qu'il faudra user avec prudence du chloroforme. Chez les autres, les désordres ne sont d'habitude que passagers et réparables. L. GALLIARD.

I. — Studi sperimentali sul cloralosio, par C. LOMBROSO et A. MARZO (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino, p.* 445, *juin* 1893).

II.— Sul nuovo ipnotico, il cloralosio, par FERRANNINI et CASARETTI (*Riforma medica, p.* 397 *et* 409, 18 *août* 1893).

I. — De recherches faites sur 25 sujets, la plupart aliénés, les auteurs concluent que le chloralose, à la dose de 25 à 50 centigrammes, jouit d'une action hypnotique presque constante et produit un sommeil calme, sans rêves effrayants ni érotiques. Dans les cas d'irritation des voies digestives et urinaires, on doit s'abstenir d'en faire usage. Si le chloralose est un des hypnotiques les plus exempts d'accidents, on ne peut dire

cependant qu'il ne puisse en provoquer; les auteurs ont vu se produire de la salivation, des accès convulsifs, et du subdelirium chez une hystérique, du prurit et une sensation de froid chez un malade, une perte de la mémoire et du tremblement des mains chez un névropathe, de la diarrhée chez un aliéné.

II. — Chez les animaux, le chloralose provoque une première phase parético-ataxique, puis une phase de transition à la fois paralytique et strychnique avec exagération de l'excitabilité réflexe, puis une phase parético-hypnotique, et enfin une phase paralytique avec convulsions générales aboutissant à la mort; l'état du cœur et de la pression intravasculaire ne se modifie que quand la respiration se ralentit. Ces effets sont dus à l'action du remède, portant surtout sur l'écorce cérébrale.

Chez l'homme, le chloralose peut servir comme hypnotique, de même que la narcéine, dans l'insomnie provoquée par la surexcitation des centres nerveux, surtout des centres psychiques; il est préférable à l'hydrate de chloral chez les cardiopathes, et est supérieur à tous les hypnotiques connus en raison de la tolérance du tube digestif, de sorte qu'il doit être préféré dans tous les cas où l'insomnie est favorisée par une maladie des voies digestives ou lorsqu'il existe quelque trouble de celles-ci. Il n'a pas d'action cumulative et agit efficacement, même lorsqu'on l'administre par séries consécutives.

Sans provoquer de phénomènes d'intolérance, il réussit sûrement comme hypnotique à doses de 15 à 40 centigrammes par la voie stomacale, de 20 à 40 par la voie rectale, de 5 à 10 par la voie hypodermique. Quand on dépasse ces doses, on peut voir apparaître des phénomènes de surexcitation motrice et psychique. Dans des cas exceptionnels où les doses précédentes sont insuffisantes, on peut les augmenter chaque jour de 10 à 15 centigrammes, à la condition de surveiller s'il ne survient pas de phénomènes d'intolérance, mais dans aucun cas on ne doit dépasser la dose de 1 gr. 20 par la voie stomacale ou rectale.

Dans quelques névroses (hystérie, chorée, maladie de Parkinson), le chloralose peut agir comme sédatif des accidents convulsifs, aux doses où il agit comme hypnotique. GEORGES THIBIERGE.

Ueber Chloralglucose und ihre Wirkung, par A. HEFFTER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n° 20, p.* 475, 15 *mai* 1893).

Heffter revendique sur Hanriot et Richet (*R. S. M.* XLI 516) la priorité de découverte du chloralose et de son isomère le parachloralose, obtenus par l'action du choral anhydre sur le glucose. Dès 1889 (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft*, *XXII*), il a en effet décrit les deux mêmes substances sous les noms de chloralglucose soluble et peu soluble.

Il a expérimenté le chloralglucose soluble sur des grenouilles, des chiens et des lapins.

La plus petite dose efficace, chez la grenouille, correspond à 1 milligramme, injecté dans le sac lymphatique thoracique : au bout de 2 heures un quart, elle produit une paralysie avec exagération des réflexes. A la dose de 1 centigramme, on note au bout d'un quart d'heure, le début de la paralysie du train postérieur ; au bout de 1 heure, l'immobilité est

absolue avec exagération des réflexes. Au bout de 16 heures, l'animal, en outre, ne respire plus, tandis que son cœur continue à battre régulièrement et que ses nerfs restent excitables. Tandis que 2 milligrammes et demi de chloral ne déterminent aucun effet toxique chez la grenouille, la même dose de choralglucose, au bout de 2 heures, supprime complètement la motilité volontaire pour plus d'une journée.

De ces expériences sur les animaux à sang froid, il résulte que l'action du chloralglucose consiste en une paralysie de l'encéphale avec paralysie ultérieure du centre respiratoire. Au début et avec de petites doses, l'excitabilité réflexe est accrue ; à hautes doses, elle est plus tard amoindrie et finalement supprimée. Le cœur n'est pas influencé même par de hautes doses.

Chez un chien de 4 kilogr., l'application sous-cutanée de 12 centigrammes a entraîné la paralysie des membres pendant trois quarts d'heure ; une dose double (0 gr,24) a provoqué, au bout de 45 minutes, de la parésie, des mouvements choréiformes, de la mydriase, un tremblement continu, avec conservation de la sensibilité ; au bout de 2 heures et demie il ne subsistait qu'un peu de vacillement de la marche.

Chez les lapins, on n'observe pas de troubles ataxiques et seulement quelques contractions couvulsives. Une dose de 8 centigrammes par kilogr. de leur poids les fait périr par la paralysie de la respiration. Il ressort également de ces expériences sur les lapins, que le chloralglucose n'influence ni le cœur, ni le centre vasculaire ; il tue seulement en paralysant le centre respiratoire, ce qui constitue une différence considérable avec le chloral qui paralyse le centre vasomoteur, abaisse la pression sanguine et ralentit les mouvements du cœur. J. B.

Osservazioni sull' azione terapeutica dell' analgene, par G. BRACCO (*Riforma medica, p.* 481, 19 *août* 1893).

L'analgène (orthoetoxilanamonobenzoïlamidoquinoline), obtenue par Vis, n'influence pas le pouls, la respiration ni la température chez les sujets sains, ni dans les états fébriles indépendants du rhumatisme articulaire aigu; dans cette dernière affection, au moment où la fièvre commence à diminuer spontanément, il diminue les phénomènes fébriles et surtout il calme rapidement les douleurs. Il a une action sédative dans les névralgies et dans la migraine. Sous son influence, l'acidité et la densité des urines augmentent, de même que leur teneur en chlorures, en sulfates et en phosphates, et les urines renferment une grande quantité d'urobiline. L'analgène exerce une notable action destructive sur le sang, même à doses thérapeutiques (4 grammes par jour) ; aussi ne doit-on l'administrer que pendant un temps très court, et quand l'efficacité des autres substances moins dangereuses a diminué. Même à doses relativement hautes, l'analgène ne produit ni troubles gastro-intestinaux, ni céphalalgie, ni vertiges, ni frissons, ni sueurs, ni troubles nerveux, ni troubles cardiaques ou vaso-moteurs. GEORGES THIBIERGE.

Un nouvel antiseptique : l'aldéhyde formique, par VALUDE (*Ann. d'oculist., CX, juillet* 1893).

L'aldéhyde formique se mêle très facilement à l'eau ; il ne coagule pas

l'albumine, avantage qu'il a sur le sublimé; il n'est pas toxique et ne s'altère pas à la lumière dans un flacon bien bouché. Son action antiseptique est très remarquable : au point de vue de la stérilisation d'un liquide de culture, il est deux fois supérieur au sublimé ; il est aussi antiseptique en vapeurs ; l'existence des vapeurs d'aldéhyde sous une cloche suffit à empêcher de la viande de s'altérer pendant plusieurs semaines ; même résultat par l'immersion dans une solution à 1/500. Cette substance est beaucoup plus aseptique que microbicide ; la stérilisation d'un milieu une fois obtenue se maintiendra presque indéfiniment. Sur seize tubes ensemencés avec les produits conjonctivaux d'yeux traités par l'aldéhyde formique, deux seulement ont cultivé ; quatorze sont restés stériles. Avec le sublimé, au contraire, on a obtenu une proportion de tubes ayant cultivé, aussi forte que de tubes stériles. Lorsqu'il s'agit d'infection établie à combattre, le sublimé sera préférable ; à 1/500, l'aldéhyde peut aussi être employé comme bain d'instruments. ROHMER.

Dell' azione biologica comparativa della cafeina e della sparteina sulla innervazione cardiaca, par G. JACONTINI (*Bolletino del manicomio Fleurent, XVIII, p.* 21, 1892).

D'après ses expériences sur la grenouille et sur le chien, l'auteur conclut que la caféine porte surtout son action sur l'origine des nerfs bulbaires, tandis que celle de la spartéine s'adresse aux troncs du pneumogastrique et du grand sympathique et à leurs ganglions intrinsèques. Ni la caféine ni la spartéine n'ont réussi à accroître la pression. Après résection des pneumogastriques et sympathiques, la pression a rapidement baissé avec la caféine, tandis qu'avec la spartéine elle est demeurée presque invariable. PIERRE MARIE.

Ueber Duboisinum sulfuricum, par S. RABOW (*Therap. Monats., p.* 410, *n°* 8, *août* 1893).

Les feuilles de Duboisia contiennent plusieurs alcaloïdes, de telle sorte qu'on n'a pas toujours expérimenté en se servant de la duboisine avec une même substance. Le sulfate de duboisine est généralement employé. Il se dissout bien dans l'eau et donne une solution claire, insipide, non altérable qu'on peut injecter sous la peau. Il dilate les vaisseaux centraux, contracte ceux de la périphérie sans influencer notablement la pression sanguine. Il paralyse l'accommodation et produit la mydriase en application locale; à la dose de 1 milligramme à l'intérieur, en 2 fois en 2 heures, il détermine des troubles nerveux : somnolence, délire, hallucinations, secousses musculaires, accélération de la respiration et du pouls.

Il a été employé en thérapeutique oculaire, aux lieu et place de l'atropine, qui est moins toxique, dans certains cas d'idyosyncrasie pour ce dernier médicament, contre certaines affections nerveuses : maladie de Basedow, paralysie agitante, nystagmus, épilepsie, hystéro-épilepsie, mais en général abandonné. Proposé récemment comme hypnotique, il procure un sommeil qui ne repose pas.

Il mérite, par contre, d'être employé comme sédatif, surtout dans les cas d'excitation maniaque, à doses très faibles 1/2 à 2/3 de milligramme

et même inférieures. Il peut être employé au début à doses très faibles pour tâter la susceptibilité des malades, par la voie stomacale, puis en injection sous-cutanée. Il agit plus énergiquement chez la femme.

PAUL TISSIER.

Vergleichende Untersuchungen über die diuretische Wirkung..... (Recherches comparatives sur l'action diurétique de la digitale et de la digitaline chez l'homme et chez les animaux, par Franz PFAFF (*Arch. f. exper. Path. u. Pharm., XXXII*, 1 *et* 2, *p.* 1; 24 *avril* 1893).

La digitaline chez l'homme, agit comme la digitale. Elle peut provoquer la diurèse et agir sur la circulation. Mais il ne faut pas oublier qu'employée à hautes doses, la digitaline chez l'homme aussi bien que chez l'animal, si elle relève la pression sanguine, n'augmente pas la diurèse. Lorsqu'on veut provoquer celle-ci, on emploiera de petites doses. PAUL TISSIER.

Ueber die Wirkung einiger China-Alcaloide..... (Sur l'action de quelques alcaloïdes du quinquina sur le cœur de la grenouille isolé et sur la pression sanguine chez le cobaye, par G. SANTISSEN (*Archiv f. exp. Path. u. Pharm., XXXII*, 5-6, *p.* 131, 20 *octobre* 1893).

La quinine et la cinchonidine à fortes doses (1/5000 ou plus) arrêtent le cœur d'une façon définitive en quelques minutes; les mêmes doses de cinchinine et de cinchonine fatiguent le cœur qui peut reprendre ses fonctions.

A doses modérées et faibles ces poisons affaiblissent le cœur (diminution de fréquence et de volume du pouls), d'une façon inégale : la cinchonine et la cinchinine diminuent fortement, la quinine diminue faiblement, la cinchonidine peu ou pas la fréquence du pouls ; la cinchonine diminue faiblement ou même augmente, la cinchinine diminue moyennement, augmente parfois, la quinine et la cinchonidine diminuent fortement le volume du pouls. La cinchonidine agit à doses beaucoup plus faibles que la quinine et surtout que les deux autres alcaloïdes.

L'action toxique est rapide et atteint son maximum en 2 à 15-20 minutes et disparaît aussi assez vite. A doses pas trop petites les bases du quinquina provoquent la dilatation du cœur (perte de l'élasticité). Avec elles (sauf la cinchonidine), le ralentissement du pouls se fait par saccades.

La force absolue du cœur est constamment abaissée par la quinine même à petites doses, elle redevient normale après l'intoxication. L'intoxication atropinique préalable ou postérieure du cœur n'empêche pas l'action des bases du quinquina. Ce sont surtout des poisons du muscle cardiaque. PAUL TISSIER.

Effets physiologiques de la nucléine, par G. SÉE (*Bull. Acad. de méd.*, 9 *mai* 1893).

La nucléine, poudre incolore ou jaunâtre, protéide phosphorique, est extraite des noyaux de cellules, de la pulpe splénique, du jaune d'œuf, de la levure de bière, etc. En injections sous-cutanées et en ingestion, elle détermine l'augmentation du nombre des globules blancs ou phagocytes. Or, comme la fonction de ces derniers est d'ingurgiter les micro-organismes, on comprend l'utilité de la nucléine. Elle a été appliquée par

l'auteur dans quelques cas de pneumonies, de pleurésies, et de maladies inflammatoires infectieuses. Cette substance sert encore à dévoiler les inflammations latentes, puisqu'en développant une leucocytose intense, elle augmente l'inflammation des tissus atteints par les microbes.

OZENNE.

Ueber die therapeutische Verwendtbarkeit des Salophens, par OSSWALD (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 16, *p.* 366, 1893).

Le salophène est un salol dans lequel le phénol est remplacé par l'acétylparaamidophénol, c'est donc un acétylparaamidosalol. Poudre blanche peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et l'éther. D'après Siebel, il traverse l'estomac, comme le salol, sans y subir de décomposition ; il est soumis, comme le salol, à l'action du suc pancréatique et des sécrétions intestinales. D'après Hitschmann, on peut le trouver dans le produit des glandes sudoripares.

Loué par plusieurs médecins, le salophène, d'après Osswald, est moins actif que le salicylate de soude parce qu'il contient moins d'acide salicylique. Il faut le réserver pour les formes légères du rhumatisme articulaire et le substituer au salicylate de soude, lorsque ce dernier est mal toléré. Il faut le prescrire aux personnes dont l'estomac est susceptible, car il ne provoque pas d'accidents gastriques, même à la dose de 8 grammes par jour.

Le salophène est sans action sur le rhumatisme chronique.

Il réussit dans les névralgies de toutes sortes, les céphalées, la migraine. Son action antipyrétique est faible.

L. GALLIARD.

Dithion, ein neues antiseptisches Arzneimittel, par HOFFMANN (*Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 11, *p.* 513, 1er *juin* 1893).

D'après sa formule constitutive, le dithion se compose de 2 molécules d'acide salicylique liées par 2 molécules de soufre.

Au dire de Hueppe, en solution à 20 0/0, il s'est montré supérieur au salicylate de soude, quant à son action sur les spores charbonneuses, les bacilles cholériques, typhoïdique, pyocyanique et le staphylocoque doré. May et Voit l'on trouvé plus efficace dans le rhumatisme que les préparations salicylées habituelles.

On n'a pas noté qu'il ait d'action fâcheuse sur les reins ou le cerveau. Son administration donne constamment lieu à des sueurs, de la diarrhée et une chute thermométrique de 1 à 2°.

On décèle l'acide salicylique dans l'urine une heure après et la réaction caractéristique persiste 2 ou 3 jours après la dernière dose.

Le dithion a déjà été expérimenté en grand, avec succès, par la médecine vétérinaire, à la fois comme topique et comme médicament interne.

Hoffmann conclut de ses propres expériences que sous forme de solution, de poudre ou de pommade, c'est à la fois un antiseptique énergique, un désodorant, qui restreint les sécrétions, active la production des bourgeons charnus et calme la douleur. La dose mortelle pour le chien est de 1 gramme pour 32gr,5 du poids du corps.

J. B.

Il lattato di strontio e la sua azione sul parenchima renale, par C. FALCONE (*Riforma medica, p.* 651, 5 *septembre* 1893).

Chez un chien soumis pendant 54 jours à l'ingestion journalière de 2, puis de 3 grammes de lactate de strontiane, la quantité d'urine a progressivement diminué; vers le trentième jour est apparue une légère albuminurie, qui, au quarantième jour, a atteint 1 gramme par jour, et a fini par monter à 3 grammes; en même temps, il se produisait de l'urobilinurie; dans les 3 derniers jours, les urines renfermaient des cylindres granuleux et hyalins. Les reins, un peu tuméfiés, avec de petites taches de dégénérescence graisseuse, étaient le siège de lésions portant surtout sur les tubes contournés, dont les cellules étaient tuméfiées et granuleuses; dans certains points il y avait de la dégénérescence graisseuse; en outre, lésions dégénératives de l'épithélium glomérulaire avec hémorragies intracapsulaires.

Chez un autre chien, 25 jours après le début de l'administration du sel de strontiane, hématurie, et, l'animal ayant été sacrifié, on trouve des lésions portant principalement sur les glomérules. GEORGES THIBIERGE.

Formalin, par STAHL (*Berlin. klin. Wochens., n°* 26, *p.* 639, 26 *juin* 1893).

La formaline est une solution aqueuse à 40 0/0 de formaldéhyde.

Les spores bactériennes les plus résistantes sont détruites au bout d'une heure par la solution au millième, et en un quart d'heure par celle à 1/175e. Mélangées à l'air dans la proportion de 1 pour 40, les vapeurs de formaline tuent également toutes les formes bactériennes en un quart d'heure.

Stahl a fait également des expériences de désinfection sur des papiers de tentures et des étoffes enduits de spores du charbon et de la terre de jardin. Il a suffi, pour obtenir le résultat désiré en un quart d'heure, de pulvériser sur les tentures une solution à 0,5 0/0, et sur les étoffes une solution à 2 0/0 de formaline. Les quantités de solution désinfectante employées n'ont pas dépassé 8 centimètres cubes par mètre carré de tenture et 25 à 60 centimètres cubes, suivant l'épaisseur, par mètre carré d'étoffe.

Pour désinfecter une chambre d'hôpital de 210 mètres carrés de surface, il a fallu 2 1/2 litres d'une solution à 2 0/0.

La formaline s'évapore facilement, une fois la désinfection faite, pourvu qu'on aère, et elle n'attaque pas les couleurs des étoffes.

Elle paraît d'une innocuité relative, car les ouvriers qui la préparent sont exposés toute la journée à ses vapeurs sans en ressentir d'inconvénients. Stahl recommande de la diluer à 1/2 0/0 pour la désinfection des parois lisses, à 2 0/0 pour celle des meubles et vêtements; enfin, il préconise l'emploi des vapeurs dans un espace clos, pour désinfecter les objets délicats, tels que les fourrures, et pour stériliser les matériaux de pansement. J. B.

Sur la toxicité du sulfocyanure de mercure, par OUCHINSKY (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série, XXIX*, 347, *avril* 1893).

Le jouet dit « serpent de Pharaon », est composé de sulfocyanure de mercure.

Ouchinsky tire de ses expériences les conclusions suivantes : 1° Ingéré dans l'estomac, le sulfocyanure de mercure, délayé dans l'eau et non dissous, détermine des vomissements, de la diarrhée, en somme des accidents assez graves, mais non mortels, même si la dose a été élevée, le poison étant très promptement éliminé par les vomissements. 2° Si le sel est ingéré sous forme de solution, par exemple dans le chlorure de sodium, les accidents sont plus graves, les vomissements plus prompts et plus intenses. Cependant, l'élimination par les vomissements est assez rapide pour que l'intoxication ne soit pas mortelle. Lorsque les vomissements n'ont pas lieu (lapin, chien avec ligature de l'œsophage), la mort survient au contraire en peu de temps. 3° L'injection intra-musculaire du sel non dissous, chez le chien, détermine des phénomènes morbides de même ordre, à marche plus lente, mais n'entraînant pas la mort. 4° L'injection intra-musculaire du sel dissous amène des accidents plus prompts et suivis de mort. J. B.

Beitrag zur Lehre von den Fischgiften, par Julius POHL (*Prager med. Woch.*, 25 *janvier* 1893, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 11, *p.* 508, 1er *juin* 1893).

Pohl a étudié, au laboratoire zoologique de Trieste, deux espèces de poissons venimeux, communs dans la méditerranée et l'océan atlantique à savoir : les genres *trachinus* et *scorpaena*.

L'opercule des vives (trachinus) porte un aiguillon long de 1 à 3 centimètres recouvert à sa base par un petit repli cutané, flasque. L'intérieur de ce repli offre les caractères d'une muqueuse et sécrète un liquide venimeux, incolore, qui se déverse sur l'aiguillon ; pour obtenir le venin, il n'y a qu'à presser sur le repli cutané. Les blessures faites aux pieds ou aux mains par l'aiguillon de la vive déterminent de la douleur locale, du gonflement de membres, suivi de gangrène, puis des phénomènes généraux, tels que fièvre, délire et convulsions.

Contrairement à Gressin (*R. S. M.* XXV 12), dans plus de 50 expériences sur des grenouilles, Pohl n'a jamais pu constater de convulsions, pas même d'augmentation de l'excitabilité réflexe ; au contraire, ces animaux restaient immobiles sur le dos. Pour expliquer cette divergence, Pohl suppose que le venin de la vive offre des effets différents suivant les lieux et les saisons. Gressin a fait ses recherches au Havre, en mai ; Pohl à Trieste, en septembre.

Chez les grenouilles, dont le cœur était mis à découvert, il a, comme Gressin, observé la série des phénomènes suivants : ralentissement des battements, affaiblissement de la diastole puis de la systole, enfin, arrêt du cœur en état de relâchement. Pohl s'est assuré, en essayant simultanément l'effet de l'atropine, du camphre, de la caféine, de l'helléboréine et de l'hydrastine, qu'il ne sagissait ni d'une irritation du pneumogastrique, ni d'une paralysie des appareils excitomoteurs automatiques du cœur, mais bien d'une action paralysante portant directement sur le myocarde.

Les organes et les fluides des vives sont inoffensifs pour les animaux à sang froid.

Quant au venin du genre scorpaena, il paralyse aussi le cœur des grenouilles mais d'une façon moins nette et moins rapide. J. B.

Du delirium tremens chloralique, par BALLET (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 *juillet* 1893).

Une dame de 43 ans, mal équilibrée au point de vue mental, faisait usage depuis presque 15 ans, journellement de chloral. Le matin, elle était toujours fatiguée, la figure rouge par moment et avait du tremblement des mains. A la suite d'un excès de chloral, elle fut prise de grande agitation avec tremblement et de fièvre. Ballet la trouva dans un état très analogue à ceux des alcooliques atteints de delirium tremens avec fièvre intense, sueurs de la figure, tremblement intense ; secousses des lèvres et de la langue, parole bredouillée ; tremblement des membres, pupilles paresseuses, quelques hallucinations. Malgré le traitement, consistant en injections de spartéine, café, lotions vinaigrées, l'état ne s'améliora pas pendant 4 jours, puis après une légère détente de la fièvre la malade tomba dans un état comateux, bientôt accompagné d'une excessive hyperthermie ; la malade succomba au moment où la température s'élevait à 42°,5. L'odeur de chloroforme avait été nettement constatée au début de la crise. H. L.

Zwei Todesfälle in Pentalnarcose, par C. SICK (*Deutsche med. Wochens.*, *n°* 13 *p.* 304, 1893).

L'anesthésie par le pental a fait deux victimes :

1° Un homme de 27 ans, à qui l'on se propose d'amputer le doigt, est soumis à l'inhalation de 10 grammes de pental versé sur le masque d'Esmarch. Pas d'excitation. Au bout de 2 minutes environ, l'opération étant terminée, on enlève le masque. A ce moment les yeux sont ouverts, les pupilles assez dilatées. Brusquement, la respiration s'embarrasse ; cyanose, suppression du pouls. Malgré la respiration artificielle et même la trachéotomie destinée à faciliter l'insufflation, l'opéré succombe. A l'autopsie, on ne découvre que les lésions de l'asphyxie ;

2° Fille de 18 ans, atteinte de coxalgie, anesthésiée plusieurs fois sans ncident par le chloroforme et le brométhyle. On veut lui faire une injection d'iodoforme. 10 grammes de pental sont versés sur le masque d'Esmarch. L'opérée s'endort en 30 secondes. Au bout d'une minute, l'injection étant faite, on retire le masque. Dyspnée, cyanose. On soutient artificiellement la respiration pendant deux heures, mais enfin il faut renoncer à la lutte. Rien de spécial à l'autopsie. L. GALLIARD.

Ueber die Giftwirkungen des Pentals (Sur les **effets toxiques du pental**), **par P. SACKUR** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXIII*, 1).

Les inhalations de pental déterminent, chez la grenouille, de l'étourdissement et de l'anesthésie. En continuant les inhalations, on provoque un arrêt de la respiration ; mais, en les cessant, on voit la respiration reprendre d'elle-même. Le pental n'exerce aucune influence sur la couleur du sang et sur l'activité cardiaque. Les inhalations de pental provoquent, comme le curare, la paralysie des nerfs moteurs périphériques. L'injection sous-cutanée de pental amène la narcose. L'application locale du pental a pour résultat d'arrêter les mouvements du cœur et des muscles et d'abolir le fonctionnement des nerfs.

Les inhalations toxiques de pental faites sur *des lapins* trachéotomisés déterminent l'accélération, puis la cessation de la respiration. La pupille se rétrécit pendant la narcose. Au début, les réflexes, surtout le réflexe

de la cornée, persistent même dans la période d'analgésie; plus tard, ils disparaissent avant l'arrêt de la respiration.

Lorsqu'on répète les inhalations de pental, les centres respiratoires s'habituent au toxique, de façon que l'animal résiste davantage aux effets du poison. Mais simultanément l'organisme est atteint plus profondément: la pression sanguine s'abaisse à tel point qu'elle met la vie en danger.

Quand on coupe le nerf vague, avant de faire les inhalations de pental, on ne constate plus l'accélération de la respiration.

Se fondant sur ces résultats expérimentaux et sur des faits cliniques, Sackur recommande une grande prudence dans l'emploi du pental chez les malades, surtout lorsque ceux-ci sont atteints d'une lésion chronique de l'appareil de la circulation. Quand il s'agit d'une opération douloureuse, il convient d'attendre le début de la narcose pour opérer.

ED. RETTERER.

Du délire caféinique, par FAISANS (*Soc. méd. des hôpitaux*, 5 *mai* 1893),

Faisans rapporte deux observations de malades atteints de pneumonie, non albuminuriques, chez qui la faiblesse des bruits cardiaques avait nécessité l'emploi d'injections de caféine. Dans un cas l'injection en 4 fois d'un gramme de caféine répétée 2 jours de suite, dans un autre de 60 centigrammes en 2 fois pendant 3 jours, amena rapidement l'apparition d'un délire violent, avec prédominance d'hallucinations visuelles et pouvant durer 24 heures après la suppression du médicament puis disparaître au bout de 1 ou 2 jours, le délire a existé même après la chute de la fièvre. H. L.

Ueber Blei und Arseniklaehmung, par JOLLY (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 28, *p.* 688, 10 *juillet* 1893).

Femme qui, au mois d'août, tente de se suicider en avalant du vert de Schweinfurt dans du café. Vomissements immédiats et phénomènes de gastro-entérite.

Lorsque, le 5e jour, la malade voulut se lever, engourdissement des pieds, paresthésie et fourmillements dans les quatre extrémités des membres. Augmentation ultérieure des troubles de sensibilité, puis apparition de troubles de la motilité, surtout dans les jambes et les pieds.

Au bout de 4 semaines, cette femme ne pouvait plus marcher seule et lançait ses pieds de droite et de gauche. Ataxie, disparition des réflexes rotuliens, parésie des jambes, atrophie des muscles des mollets, hyperalgésie jusqu'aux genoux. Etat analogue aux membres supérieurs. Excitabilité électrique très affaiblie aux jambes.

Réaction de dégénérescence (persistant encore aujourd'hui 5 mois après l'empoisonnement). Nouvelle aggravation des symptômes dans les semaines suivantes. Chute des cheveux. Sensation de froid dans les quatre membres; hyperidrose de la paume des mains. 3 mois et demi après l'empoisonnement, les troubles morbides commencèrent à rétrocéder. Actuellement, il n'existe plus de douleur à la pression des troncs nerveux. La face, le bulbe et les fonctions urinaires sont demeurés indemnes.

Remak (*R. S. M.*, VII, 576 et VIII, 599) avait rapproché la paralysie saturnine des poliomyélites; Zunker (*R. S. M.*, XVI, 467) et d'autres ont apporté des autopsies à l'appui de cette manière de voir. En outre, Stieglitz, qui a réussi le premier à provoquer des paralysies saturnines chez les animaux, en leur faisant inhaler des poussières de plomb, a trouvé des foyers de poliyomélite dans les renflements correspondant aux

membres paralysés. Néanmoins, Jolly croit, contrairement à Erb et d'accord avec Leyden, Schultze (*R. S. M.*, XXIX, 133), Vierordt (*R. S. M.*, XXXI, 107) et autres que le processus morbide des paralysies saturnines débute comme celui des paralysies arsénicales par les nerfs périphériques et que les lésions médullaires ne sont que secondaires, tardives et nullement constantes. Leyden considère aussi les altérations de la moelle comme rares.

Mendel a observé un enfant qui, ayant mangé de la mort aux rats, guérit après avoir présenté de la polynévrite intéressant surtout les membres inférieurs. J. B.

Ein Fall von Bleivergiftung durch eine im Knochen steckende Kugel (Un cas d'empoisonnement saturnin par une balle logée dans un os), par **E. KÜSTER et L. LEWIN** (*Archiv für klinische Chirurgie*, *XLIII*, 3 *et* 4).

Un homme, alors âgé de 30 ans, reçoit, en 1870, un coup de feu dans la région du genou droit; la balle pénètre dans la tête du tibia, sur sa partie externe, immédiatement au-dessous du cartilage articulaire; il n'y a pas d'orifice de sortie. La plaie guérit sans suppuration, la balle ne fut pas extraite, et, sauf une raideur du genou, le malade n'éprouva aucun phénomène particulier jusqu'en 1888. A ce moment se manifestent tous les symptômes d'une intoxication saturnine chronique : anémie intense, coliques, inappétence, constipation, liséré gingival, léger tremblement des mains; les urines, qui ne contiennent pas d'albumine, contiennent du plomb.

On soupçonne que la cause de cette intoxication est due au séjour de la balle dans le tibia, et Küster procède à son extraction. Il creuse dans l'os un canal dans la direction suivie jadis par la balle, trouve sur son chemin de nombreuses petites particules de plomb et des petits fragments, formant parfois des centres de petits noyaux conjonctifs. En maints endroits l'os est d'une mollesse surprenante.

Le chirurgien enlève toutes ces parties osseuses à la gouge et au maillet.

Les symptômes de l'intoxication saturnine durèrent encore pendant environ une semaine après l'opération, puis disparurent progressivement et définitivement.

Küster explique l'intoxication tardive, après dix-huit ans, par les modifications locales; il admet que la balle, au moment de sa pénétration dans l'os, s'est fragmentée; les différents fragments se sont entourés d'une enveloppe conjonctive. Celle-ci a subi des modifications vasculaires très lentes, et ce n'est que quand le plomb a pénétré dans le courant sanguin que se sont produits les phénomènes d'intoxication.

Dans la seconde partie, purement chimique, Lewin démontre que l'os contenait le plomb en majeure partie à l'état métallique; la moelle osseuse n'en contenait pas. Il y trouve des traces d'oxyde de plomb et de carbonate de plomb; il ne serait pas éloigné de croire que l'intoxication est due à cette dernière substance. REBLAUB.

Symptomatologie des intoxications alimentaires d'origine carnée porcine, par **JUHEL-RENOY** (*Soc. méd. des hôpitaux*, 2 *juin* 1893).

Juhel-Renoy rapporte quatre observations de malades présentant des accidents de gravité variée pouvant aller jusqu'à simuler la fièvre typhoïde, la variole, la méningite cérébro-spinale et dus à l'ingestion de viande de porc, crue ou mal cuite, à doses parfois massives.

Les symptômes capitaux ont été la diarrhée, paraissant peu après l'ingestion de l'aliment, à odeur putride; les vomissements, tantôt alimentaires, tantôt bilieux, avec les malaises habituels de l'indigestion, douleur épigastrique, coliques, soif vive, sueurs, tendance à la syncope; ces accidents n'arrivent que plusieurs heures après le repas. En outre, il a noté des manifestations cutanées qui n'ont apparu que plusieurs jours après l'empoisonnement; deux fois, elles ont revêtu l'aspect de l'érythème polymorphe d'Hebra. Dans un autre cas, il a vu une éruption tantôt ortiée, tantôt scarlatiniforme, tantôt roséolique.

Il a, chez plusieurs de ses malades, constaté des complications graves, péricardites sèches, endocardite, avec troubles graves de la musculature cardiaque, une fièvre intense dont la courbe peut être identique à celle d'une fièvre typhoïde. Les urines étaient rares, légèrement albumineuses, riches en indican.

Il conclut que l'étiologie de l'érythème polymorphe d'Hebra est à reviser et que les intoxications alimentaires jouent un rôle plus considérable qu'on ne pense dans nombre de dermatoses. H. L.

THÉRAPEUTIQUE.

Thérapeutique journalière, par C.-J. SMITH (*In*-18, *Paris*, 1893).

Comme l'indique le titre, ce petit volume ne vise que l'énumération des procédés thérapeutiques pour les maladies courantes, les cas de pathologie que le médecin rencontre le plus habituellement dans la pratique. Sous une forme concise, l'auteur a résumé l'ensemble des moyens à employer, tant au point de vue de l'hygiène, que de la thérapeutique proprement dite. Il a fait choix de formules simples, empruntées à la médecine de différents pays et donné sur la prophylaxie, la diététique des diverses maladies des conseils fort judicieux. Livre de poche, mais pratique et bien fait. A. C.

Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes, par J. GRASSET (2e *édit.*, *Paris*, 1894).

A signaler d'une façon spéciale ce petit recueil de consultations et formules thérapeutiques où l'auteur indique sa manière de faire et sa ligne de conduite qu'on aura tout intérêt, ce me semble, à suivre aveuglément. Livre sans prétention, mais très pratique, comme le prouve l'édition nouvelle qui suit de près la première. A. CARTAZ.

Recherches sur l'élimination de quelques substances médicamenteuses dans l'air de l'expiration, par Paul BINET (*Rev. méd. Suisse romande*, *XIII*, 333 *et* 397, *juin et juillet* 1893).

Les expériences de Binet ont été faites le plus souvent sur des lapins,

quelquefois sur des chats. Après injection stomacale, rectale, sous-cutanée ou intra-veineuse, il recherchait les substances dans l'air de l'expiration.

Le résultat a été négatif pour l'*iode*, le *camphre*, le *menthol*.

Pour la *créosote*, l'*oléo-créosote*, le *gaïacol*, pas de traces appréciables dans l'air expiré, sauf parfois avec des doses très élevées et toxiques, malgré la présence d'une très faible quantité dans les poumons.

L'*ammoniaque* et la *triméthylamine* n'ont fourni qu'un résultat négatif ou des traces douteuses.

Pour le *baume de copahu* et l'*extrait de cubèbe*, l'élimination pulmonaire est insignifiante ou nulle.

Pour l'*hydrogène sulfuré*, élimination faible, très rapide et de courte durée.

Pour l'*alcool*, l'*aldéhyde*, l'*acétone*, élimination faible et assez rapide avec de hautes doses.

L'*éther* paraît avoir une élimination pulmonaire plus importante.

Pour l'*essence de térébenthine* et le *terpinol*, traces dans l'air expiré se montrant tardivement, environ 3 ou 4 heures après l'ingestion stomacale.

Eucalyptol, même résultat, mais apparition beaucoup plus rapide dans l'air expiré.

En somme, l'élimination pulmonaire, pour la plupart de ces corps, est très faible. On peut en trouver l'explication dans leur degré de volatilité, la facilité plus ou moins grande avec laquelle ils sont absorbés, les transformations qu'ils subissent à travers l'organisme, et la prépondérance des autres voies d'élimination. J. B.

Traitement de la tuberculose et de la lèpre par le sang des animaux immunisés contre la tuberculose, par BABÈS (3e *Cong. tuberc.*, *et Mercredi méd.*, 2 *août* 1893).

Babès a utilisé le sang de chiens immunisés contre la tuberculose sur quelques malades atteints de cette affection et de la lèpre. Sous l'influence d'inoculations quotidiennes de 3 à 6 grammes de sérum de chien mêlé de 1 0/0 d'acide phénique, il s'est produit chez tous les sujets une amélioration considérable, tant dans les symptômes généraux que dans les symptômes locaux. Le traitement, il est vrai, ne date que de 3 mois.

OZENNE.

Du traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'air ozonisé, par LABBÉ et OUDIN. Rapport de HÉRARD (*Bull. Acad. de méd.*, 10 *octobre* 1893).

Ce traitement a été appliqué sur 38 tuberculeux, comprenant 7 malades au premier degré, 23 au deuxième et 8 au troisième. Dans tous les cas il y a eu une amélioration durable ou temporaire, caractérisée par le retour de l'appétit, la disparition des sueurs, de la diarrhée et des vomissements, et la récupération des forces. Au point de vue des troubles fonctionnels, la toux et l'expectoration se sont très rapidement amendées. En résumé, sur ces 38 tuberculeux, 7 au premier degré et 6 au deuxième paraissent actuellement guéris ; 16 au deuxième et 3 au troisième sont améliorés ; 6 ont succombé aux progrès de la cachexie.

Le rapporteur, après avoir discuté ce travail et rappelé les résultats obtenus par quelques autres médecins, estime que ce traitement constitue une ressource thérapeutique précieuse. OZENNE.

Die antituberculöse Wirkung des Guajacol-Iodoforms, par F. WINCKLER (*Deut. med. Wochens.*, *n°* 32, *p.* 781, 1893).

Au lieu d'utiliser, comme Picot, l'huile d'olive pour dissoudre, l'auteur fait une solution d'iodoforme dans le gaïacol. C'est à l'iodoforme qu'il attribue la vertu prépondérantc.

Le gaïacol iodoformé, mis en présence des cultures, supprime la virulence des bacilles tuberculeux et s'oppose au développement de ces bacilles.

Injecté aux animaux en même temps que les cultures de bacilles tuberculeux, il ne s'oppose pas au développement de ces bacilles dans l'organisme.

Il est impossible de rendre les animaux réfractaires à la tuberculose en leur injectant le gaïacol iodoformé. Les expériences de l'auteur rappellent celles de Hölscher et Seifert, qui ont employé le carbonate de gaïacol.

Dans les tuberculoses chirurgicales, l'injection du mélange de Mosetig (100 parties de gaïacol pur, 20 parties d'iodoforme) donne d'excellents résultats. L. GALLIARD.

I derivati del creosoto nella cura della tisi pulmonare (benzoilguaiacolo, carbonato di guaiacolo, acido guaiaçol-carbonico, carbonato di creosoto), par F. DE GRAZIA et V. CASARETTI (*La Riforma medica*, *p.* 817, 22 *septembre* 1893).

Le benzoïl-gaïacol, à la dose de 1 à 3 grammes par jour, est très bien toléré par l'estomac, même quand on en continue l'usage plusieurs semaines. Le carbonate de gaïacol, à la dose de 1 à 2 grammes par jour, ne provoque aucun phénomène d'intolérance, même chez les sujets faibles et épuisés. L'acide gaïacol-carbonique, à la dose de 1 à 3 grammes, est également bien toléré. Ces trois substances sont administrées en cachets de 30 à 50 centigrammes. Le carbonate de créosote émulsionné dans du vin de Marsala est bien toléré par l'estomac à doses de 1 gramme à 1gr,50, pris en trois ou quatre fois, ou administré par la voie rectale dans l'huile de foie de morue. Il en est de même du gaïacol pur administré en lavements à doses de 1 à 4 grammes.

Le benzosol produit constamment une amélioration sensible des phénomènes catarrhaux avec diminution de la toux. Ces effets s'obtiennent également, mais à un degré moins accusé, avec le carbonate de créosote et le gaïacol pur administré par la voie rectale, le mélangeant avec le carbonate de gaïcol et l'acide gaïacol-carbonique. Aucune de ces préparations ne modifie la quantité de bacilles tuberculeux contenus dans l'expectoration. GEORGES THIBIERGE.

Action diurétique du cantharidate de potasse, par TALAMON (*La Médecine moderne*, *p.* 665, 27 *octobre* 1892).

Talamon, chez les tuberculeux soumis aux injections de cantharidate de potasse suivant la méthode de Liebreich, a constaté une diurèse assez abondante survenant ordinairement le deuxième jour, avec azoturie en-

traînant une dénutrition assez considérable; la polyurie ne se produit qu'avec les doses faibles (1 à 2 dixièmes de milligramme de cantharidine) et est remplacée par de l'oligurie et de l'albuminurie avec les doses élevées (4 dixièmes de milligramme). Chez des brightiques, il a observé une tendance à la polyurie sans modification de l'albuminurie après les premières injections, puis l'effet diurétique s'épuise et l'albuminurie augmente. GEORGES THIBIERGE.

Ein Beitrag..... (La tuberculine de Koch servant au diagnostic), par Ed. v. MEYER (*Deutsche med. Woch.*, n° 9, *p.* 200; 1893).

Dans le premier de ces deux cas, on avait diagnostiqué, chez une jeune femme : péritonite tuberculeuse. L'injection sous-cutanée de tuberculine provoque une abondante métrorragie et pas de diarrhée. L'auteur admet donc qu'il existe de la tuberculose ovaro-salpingienne sans tuberculose intestinale. Ce diagnostic est confirmé par la laparotomie. Après extirpation des trompes et des ovaires caséifiés, l'opérée guérit. Au bout de plusieurs mois on constate que son état général est excellent; l'ascite n'a pas reparu.

Le second cas se rapporte à une fille de 18 ans, atteinte de pyonéphrose du côté droit, d'origine indéterminée. Après l'injection de tuberculine, on voit s'écouler une urine parfaitement claire, ne contenant ni pus ni albumine, provenant, en conséquence, du rein sain. Le lendemain, l'urine était redevenue purulente et contenait des bacilles tuberculeux. L'extirpation du rein droit montra un organe abcédé et caséifié. L'infiltration tuberculeuse avait envahi l'uretère qu'il fallut enlever. L'opérée guérit. L. GALLIARD.

Zur Heilung der Pleuritis, insbesondere der Pleuritis acutissima (Fraentzel) (Sur la guérison de la pleurésie, particulièrement de la pleurésie suraiguë de Fräntzel), par AUFRECHT (*Therap. Monats.*, n° 9, *p.* 435, *septembre* 1892).

A. pense qu'avec l'acide salicylique à l'intérieur, la thoracocentèse et la résection costale (pleurésie suraiguë), on peut arriver à la guérison de la pleurésie. A. se sert, pour la ponction, d'un appareil spécial à aspiration faite par la pression atmosphérique (tube de caoutchouc). Le trocart est construit d'après le même principe que celui de l'appareil de Dieulafoy. La seule modification à signaler est l'adjonction, sur la canule, d'un ajutage permettant de faire passer dans la plèvre des solutions antiseptiques. PAUL TISSIER.

Sur l'action des bains d'air chaud sur les tuberculeux, par GIGATCHEFF, MOROZOW et JURASOW (*Vratch*, n° 45, 1893 *et Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1893).

Sous l'influence des bains d'air chaud (bains romains), l'assimilation de l'azote de l'alimentation s'améliore chez les tuberculeux ; l'échange des matières azotées est diminué ; l'oxydation des matières albumineuses est plus parfaite ; l'échange des matières azotées est meilleur au point de vue qualitatif. En même temps la force musculaire, de même que le poids du corps sont augmentés. Seule l'assimilation des matières grasses ne subit pas de changement. Le traitement de la tuberculose au début,

avec conservation des forces, par les bains d'air chaud mérite donc de prendre une large place dans le rang des méthodes hygiéniques.

H. FRENKET.

I. — De l'administration du gaïacol par la voie épidermique, par S. SCIOLLA (*Sem. méd.*, 8 *avril* 1893).

II. — De l'action antipyrétique des badigeonnages de gaïacol, par L. BARD (*Lyon méd.*, 4 *juin* 1893).

III. — A propos des badigeonnages de gaïacol, par LANNOIS (*Ibid.*, 6 *août* 1893).

IV. — Idem, par GUINARD, WEIL, AUBERT (*Province méd.*, 15 *juillet, et Lyon méd.*, 6 *août* 1893).

V. — Idem, par LÉPINE (*Semaine méd.*, 18 *octobre* 1893).

I. — S. a constaté que le gaïacol, étendu sur la peau en badigeonnages, est absorbé d'une façon très rapide et produit les mêmes effets qu'administré par la bouche. Ce vernissage amène un abaissement de température remarquable, sans aucun phénomène de cyanose. Le médicament est éliminé sous forme d'éther gaïaco-sulfurique. Les premières traces apparaissent dans l'urine une heure après le badigeonnage.

Sciolla a employé cette méthode avec succès chez des tuberculeux et chez des fébricitants par pyrexies variées. Il employait jusqu'à 30 grammes de gaïacol par jour sans accident.

II. — Bard a vérifié les expériences de Sciolla. Il a employé le gaïacol pur en l'étendant avec un pinceau, et recouvrant la partie enduite d'une couche de tarlatane et de toile imperméable. Il a commencé par des doses de 3 grammes, mais devant la puissance d'action du médicament il est descendu à 2 grammes et même à 50 centigrammes.

Chez quatre tuberculeux sur lesquels il a pratiqué ces badigeonnages, il a obtenu une rémission thermique de un à deux degrés. Mêmes résultats dans deux cas d'érysipèle et de pneumonie.

L'auteur pense que cette médication doit être employée avec prudence et qu'elle peut être dangereuse chez des malades trop affaiblis ou porteurs de lésions trop graves.

III. — Lannois a cherché à reconnaître si le gaïacol était absorbé par la peau ou entrait dans l'organisme par la respiration. Il versa dans une assiette 5 grammes de gaïacol, et engagea des malades à respirer fréquemment au-dessus du récipient. Chez trois tuberculeux ces inspirations n'amenèrent aucun abaissement de température. Par contre, les badigeonnages ont amené une chute thermique considérable (chez l'un d'eux, de 4 degrés, 2 gr. 50 en badigeonnages sur la cuisse).

Le gaïacol en lavement amène le même abaissement de température. On obtient, il est vrai, le même résultat avec un lavement de même dose (2 gr. 50) de créosote. L'absorption, dans les badigeonnages, se fait donc bien par la peau.

IV. — Guinard ayant badigeonné un chien avec 10 grammes de gaïacol et ayant constaté un abaissement de 1°,2 n'a pas trouvé le gaïacol dans l'urine. Il pense qu'il faut attribuer un rôle important aux excitations nerveuses périphériques.

Weil admettrait plus volontiers une action sur les terminaisons ner-

veuses cutanées analogue à celle de la cocaïne. Les badigeonnages n'amènent en effet pas d'abaissement chez les apyrétiques.

Aubert a fait respirer à des enfants de 4 à 5 ans des vapeurs de gaïacol et n'a observé qu'un abaissement de 2 à 3 dixièmes. Par contre les badigeonnages sur le dos du pied ont amené une chute de 1 à 3°.

V. — Résumé des études parues jusqu'à ce jour sur la question.

A. CARTAZ.

Du traitement de l'érysipèle de la face par les badigeonnages de gaïacol, par L. BARD (*Lyon méd.*, 29 *octobre* 1893).

B. a appliqué dans cinq cas d'érysipèle à forme grave (albuminurie, délire intense) les badigeonnages de gaïacol; les cinq malades ont guéri et sauf dans quelques séances, les badigeonnages ont toujours amené un abaissement notable de la température.

L'auteur étudie le mode d'action de ce procédé thérapeutique; que ce soit par absorption cutanée ou par action périphérique, le gaïacol agit certainement sur les centres nerveux, d'une part en les rendant moins excitables aux produits pathogènes, d'autre part en modifiant le processus anatomique, résultat de cette excitation.

Au point de vue de l'emploi, B. conseille de faire deux badigeonnages par jour, à la dose de 2 grammes par badigeonnage, en les supprimant ou les espaçant suivant le degré de réaction. A. CARTAZ.

I. — Des badigeonnages au gaïacol, de leur action antipyrétique, par MONTAGNON (*La Loire méd.*, 15 *juillet* 1893).

II. — Action antipyrétique des badigeonnages de gaïacol sur la peau, par ROBILLIARD (*Gaz. méd. Paris*, 16 *septembre* 1893).

I. — Montagnon recherche quels sont les effets antithermiques des badigeonnages au gaïacol. Il les a appliqués sur huit tuberculeux, deux pneumoniques, un pleurétique et un leucocythémique ; ces badigeonnages, faits à l'aîne, à l'aisselle et au creux poplité dans une étendue de 8 à 10 centimètres carrés et aux doses de 1 à 3 grammes de liquide déterminent un abaissement thermique très net, mais variable suivant telle ou telle individualité. Cet abaissement commence une heure après le badigeonnage et continue pendant deux ou trois heures.

Dans les formes interstitielles et au début de la tuberculose ces badigeonnages sont bien supportés. Dans les cas de tuberculose avancée et dans les états adynamiques ils s'accompagnent de sueurs, frissons, tremblement et l'abaissement thermique a lieu par détermination de phénomènes de collapsus. Après leur emploi les malades accusent plutôt du malaise que du bien-être.

L'enfant est plus sensible que l'adulte à l'action du gaïacol.

Les accidents du côté de la peau sont rares, si le produit est pur et étendu sans frictions.

En lavement il agit aussi bien qu'en badigeonnage.

II. — Robilliard a employé cette substance sur des tuberculeux à la dose de 50 centigrammes, ce qui lui paraît suffisant. Quelle que soit la région cutanée, sur laquelle les badigeonnages ont été faits, il a constaté d'une façon constante que la température s'abaisse plus rapide-

ment que par l'usage interne du sulfate de quinine. Pour l'auteur, il est nécessaire que le gaïacol soit bien pur et il lui paraît démontré, à l'encontre de Guinard, que le médicament est absorbé par la peau.

OZENNE.

Traitement des névralgies du trijumeau par les injections de phosphate de soude, par GLORIEUX (*La Policl., Bruxelles*, 15 *mai* 1893).

L'auteur a traité dix cas de névralgie du trijumeau par les injections de phosphate de soude et a obtenu sept fois un excellent résultat. En se servant de cette formule (eau dist. de laurier-cerise 100 grammes et phosphate de soude 2 grammes), il en injecte le premier jour 1 centimètre cube, puis il augmente graduellement pour arriver à 3 centimètres cubes le quatrième jour et les jours suivants jusqu'à la guérison. Pas d'accidents.

OZENNE.

Du traitement de la neurasthénie par la transfusion nerveuse, par Constantin PAUL (*Bull. Acad. méd.*, 25 *avril* 1893).

C. Paul a continué cette année de traiter les neurasthéniques par la transfusion nerveuse. Cinquante-trois malades ont été soumis par lui à ce traitement avec de tels résultats qu'ils ont été ou guéris ou très améliorés, quelle que fût la forme de neurasthénie en cause.

La transfusion nerveuse est faite avec une dilution de la substance grise du cerveau de mouton. Le premier effet de cette transfusion est de donner un peu de sommeil, puis l'émotivité diminue, les sens se réveillent, l'intelligence se développe. Ensuite l'appétit revient, les forces physiques augmentent et alors la thérapeutique ordinaire redevient active. Enfin, quand l'organisme a repris son équilibre, la virilité reparaît comme complément de la guérison.

OZENNE.

Di un caso di asma bronchiale, etc..... (Sur un cas d'asthme bronchial guéri par l'hypnotisme), par R. BRUGIA (*Boll. del manicomio Fleurent, p.* 181, 1892).

Il s'agit d'un homme de 45 ans chez lequel le premier accès d'asthme se serait montré à 43 ou 44 ans pour revenir ensuite à d'assez courts intervalles. Après 2 mois de traitement par les antispasmotiques Brugia n'obtenant pas de bons résultats eut recours à l'hypnotisme avec un plein et rapide succès. L'auteur tire de ce fait différentes considérations sur la nature intime de l'asthme.

PIERRE MARIE.

Action du somnal dans les affections mentales, par F. AVÈTA et P. DE ANGELÈS (*Bollettino del manicomio Fleurent, p.* 53, 1892).

Le somnal est douloureux par la voie hypodermique; n'a presque aucune action sur l'appareil circulatoire; ne détermine pas de troubles importants sur l'appareil digestif; s'accompagne de quelques troubles vaso-moteurs de la face; diminue le nombre des respirations; donne un sommeil d'une durée variant d'une à neuf heures, sans conséquences désagréables. La dose moyenne est de 2 grammes à 2gr,50; on peut aller jusqu'à 5 grammes. Le somnal reste inactif dans les formes d'excitation de la paralysie générale; il répond bien au traitement des autres formes dépressives, de même dans la démence avec agitation et dans les formes séniles; il semble qu'il doive être également utile dans l'hystérie. La

saveur du somnal est désagréable et a besoin d'être corrigée; le sommeil vient ordinairement au bout d'une demi-heure; il n'y a généralement pas d'accoutumance. PIERRE MARIE.

I. — Sur un cas de tétanos grave traité avec succès par les injections d'antitoxine, par BARTH et MAYET (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 *mars* 1893).

II. — Ueber einen mit Heilserum..... (Un cas de tétanos chez l'homme, guéri par le sérum antitoxique), par MORITZ (*München. med. Woch.*, n° 30. *p.* 561, 1893).

I. — Un garçon de 18 ans éprouve le 9 janvier des douleurs dans les reins et de la gêne dans les mouvements de la mâchoire; le lendemain contracture de la nuque, qui s'accentue les jours suivants. Le 14 janvier, trismus accentué, opisthotonos. Le 16, crise de contracture violente, avec raideur du tronc et des cuisses, respiration pénible, menace d'asphyxie: plusieurs accès se renouvellent dans la journée, suivis d'une hyperesthésie cutanée extrême. On fait à 5, à 8 et à 11 heures 3 injections sur le ventre de 50 centimètres cubes de sérum anti-toxique fourni par l'Institut Pasteur. Le 17, 4ᵉ injection; à partir de ce moment les crises paroxystiques s'éloignent. Le 19 et le 21, on fait 2 nouvelles injections. Peu à peu l'hyperesthésie cutanée diminue, les contractures s'atténuent, la fièvre tombe. Le malade a des sueurs profuses; le corps est couvert de plaques d'urticaire géante qui dure trois jours. Le 10 février, la convalescence est complète. H. L.

II. — Un enfant de 12 ans, pris depuis le 17 avril 1893 des premières crampes de la mâchoire, n'est présenté à la clinique que le 20. Il a déjà notablement de trismus, de la contracture des paupières, pas de fièvre; le 22 se montrent les convulsions généralisées, il est envoyé à l'hôpital; il existe un peu de fièvre. Le 23 et le 24 même état; la température rectale ne dépasse cependant pas 38°1. — Les injections anti-toxiques sont commencées le 25, 40 centimètres cubes de sérum en deux fois et continuées le 26, 20 centimètres; à cause des douleurs on donne en outre un peu de chloral et de morphine. A partir de ce moment on constate chaque jour une amélioration, lente mais progressive, en sorte que le 11 mai il ne restait plus pour toute manifestation qu'un peu d'exagération du réflexe patellaire.

V. Ranke signale un cas analogue, à la Société de médecine de Münich.

C. LUZET.

I. — De l'absorption de l'acide salicylique par la peau et du traitement externe du rhumatisme articulaire aigu, par BOURGET (*Revue méd. Suisse romande*, *XIII*, 450 *et* 567, *juillet et septembre* 1893).

II. — Traitement externe du rhumatisme articulaire aigu et de certaines affections justiciables de la méthode salicylée, par RUEL (*Ibid., p.* 484, *août* 1893).

I. — Bourget publie 19 cas de rhumatisme articulaire aigu, traités exclusivement par l'application d'une pommade à 10 0/0 d'acide salicylique, faite le soir, sans frictions au pourtour des jointures atteintes, qu'il enveloppe ensuite avec une bande de flanelle. Il conclut. L'absorption de l'acide salicylique par la peau est rapide et très intense, surtout chez les sujets jeunes, chez les blonds et les personnes à peau fine. La rapidité et l'intensité de cette absorption dépendent du véhicule employé; les corps gras sont les véhicules les plus favorables, tandis qu'avec la vaseline ou la glycérine l'absorption est nulle ou beaucoup moins active. Le traitement du rhumatisme articulaire aigu par une pommade salicylée et térébenthinée est très à recommander. Cette pommade est moins efficace

dans les autres formes de rhumatisme ; son action est nulle dans le rhumatisme blennorragique. L'absorption de la pommade salicyliquée diminue lorsqu'au bout de quelques jours d'application l'épiderme se parchemine. Le grand avantage de cette méthode externe est d'apaiser la douleur au bout de peu d'heures.

II. — Depuis plus de 6 ans, Ruel fait le même traitement, non seulement dans le rhumatisme articulaire aigu et dans ses déterminations viscérales, mais aussi dans les rhumatismes articulaire chronique, musculaire ; dans la goutte, la sciatique, certaines névrites et arthrites infectieuses (blennorragique et scarlatineuse). Ses formules habituelles sont : acide salicylique, 20 grammes ; alcool absolu, 100 ; huile de ricin, 200 ; ou bien une solution simplement ricinée ; appliquer sur les parties malades des compresses fortement imbibées, recouvrir d'un imperméable et fixer le tout au moyen d'une bande de flanelle ; répéter matin et soir. J. B.

Le iniezioni ipodermiche dei preparati di ferro nella cloranemia, par G. DORI (*La Riforma medica*, *p.* 277 *et* 289, 29 *et* 31 *juillet* 1893).

L'auteur a expérimenté dans la chloro-anémie les injections hypodermiques de citrate de fer ammoniacal (5 à 10 centigrammes dans 1 gramme d'eau distillée), de pyrophosphate de fer citro-ammoniacal (mêmes doses), d'arséniate de fer citro-sodique (doses moitié moindres). Il conseille de ne pas employer le pyrophosphate, qui provoque des phénomènes inflammatoires ; l'arséniate ne cause pas de troubles locaux, mais la lenteur de son action, résultant de sa faible teneur en fer, ne permet pas de le conseiller. Le citrate ammoniacal, par contre, donne d'excellents résultats et mérite à tous égards d'être employé dans la thérapeutique de la chloroanémie, en aidant son action par une alimentation convenable. GEORGES THIBIERGE.

Traitement des hydropisies cardiaques graves, par la théobromine, par G. SÉE (*Bull. Acad. méd.*, 1er *août* 1893).

La théobromine est une xanthine deux fois méthylée provenant du chocolat ; elle produit une diurèse cinq fois plus forte que la caféine, qui est une triméthylxanthine, en agissant directement sur l'élément sécréteur des reins.

L'action de la théobromine se manifeste à coup sûr dans les hydropisies d'origine cardiaque, même les plus avancées (l'auteur en rapporte 7 cas). A mesure que la diurèse augmente (2 à 6 litres), toutes les hydropisies diminuent.

La supériorité de son action tient à ce qu'elle agit directement et d'une manière inoffensive sur le parenchyme du rein, contrairement aux autres diurétiques, digitale, strophantus, caféine.

Une diurèse efficace est obtenue par des doses quotidiennes graduelles de 2 à 5 grammes dans les hydropisies cardiaques. Le médicament doit être administré sous forme de pastilles ou de capsules. Pour maintenir l'effet obtenu, il est bon de donner, après un repos de quelques jours, un demi-milligramme de digitaline pendant 3 jours. OZENNE.

Ueber die rectale Applicationsweise der physiologischen Kochsalzlösung bei Verblutenden (Sur l'administration rectale de la solution physiologique de chlorure de sodium dans les hémorragies), par N. WARMANN (*Therap. Monats.*, *n°* 9, *p.* 451, *septembre* 1893).

L'eau salée, administrée en lavement, est un puissant hémostatique. Elle agit mieux à froid. Elle a beaucoup moins de dangers que l'injecion intra-veineuse. Le seul inconvénient est qu'elle ne peut être donnée dans les cas où le sphincter anal a perdu sa tonicité, ce qui est absolument exceptionnel. W. a employé avec succès les lavements salés contre les hémorragies utérines. Il les croit susceptibles de rendre des services dans les autres hémorragies. PAUL TISSIER.

Warum sind harnsäure Nierensteine und der Harngries so viel leichter löslich als Gichtablagerungers (Pourquoi les calculs rénaux et le sable urinaire formés d'acide urique sont beaucoup plus facilement solubles que les dépôts goutteux), par MORHORST (*Therap. Monats.*, *n°* 8, 1893).

Les calculs rénaux formés d'acide urique et la gravelle urinaire peuvent être dissous d'une façon absolument certaine par l'emploi d'une eau minérale chlorurée alcaline forte.

La dissolution des dépôts uriques dans les différents tissus n'est possible que si l'on réussit par un traitement et un régime appropriés à diminuer le plus possible l'acidité des humeurs.

En dehors du régime, de l'emploi de bains minéraux chauds, suivis de sudation au lit, on ne peut diminuer l'acidité des humeurs que par l'emploi en abondance d'eau chlorurée alcaline forte. Celle-ci doit être prise jusqu'à réaction fortement alcaline des urines.

Pour éviter le trouble des urines par le phosphate de chaux, on n'emploiera que des eaux minérales peu calciques. PAUL TISSIER.

Ueber den therapeutische Werth der Salol..... (Sur la valeur thérapeutique du salol dans la diarrhée cholérique), par M. WOLKOWITSCH (*Therap. Monats.*, *p.* 456, *n°* 9, *septembre* 1893).

Le choléra confirmé est précédé, dans 90 0/0 des cas, de symptômes prémonitoires : faiblesse, vertiges, céphalée avec diarrhée. Contre cette diarrhée prémonitoire, W. a donné (200 cas) le salol. Les doses furent d'emblée 2 grammes, 1 gramme chez les sujets affaiblis ; puis toutes les 3 heures 1 gramme pendant 3 fois, et ensuite toutes les 5 heures (10 grammes de salol le premier jour).

Pas de symptômes d'intoxication, sauf des vertiges et des bourdonnements d'oreille, jamais de symptômes rappelant l'intoxication phéniquée (dédoublement du salol). Chez l'enfant, on donne autant de décigrammes qu'il a d'années, toutes les 3 ou 4 heures.

Les résultats obtenus furent rapides et favorables. Le plus souvent, les symptômes morbides disparaissent, rarement surviennent d'autres accidents. Aucun des cas traités par le salol ne se termina par la mort.

PAUL TISSIER.

Le salacétol et son emploi dans le traitement des diarrhées estivales ou cholériformes, par BOURGET (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 14, p.* 481, 15 *juillet* 1893).

Le salacétol est une combinaison d'acide salicylique et d'acétol, ayant absolument les propriétés chimiques et physiologiques qui font du salol un désinfectant intestinal de premier ordre. Comme ce dernier, le salacétol est une poudre cristalline, blanche, insoluble dans l'eau froide. Il traverse donc l'estomac sans être décomposé et, arrivé dans l'intestin, il se dissocie en ses deux composants sous l'influence des sucs digestifs. L'acétol est éliminé sous forme d'acétone. L'acide salicylique apparaît dans l'urine, en général, au bout d'une demi-heure et l'élimination de 2 grammes de salacétol est complète après 24 heures. Le salacétol contient 75 °/₀ d'acide salicylique, tandis que le salol n'en contient que 60 °/₀.

Pour le salacétol, de même que pour le salol, il y a avantage à l'administrer dissous dans l'huile de ricin ; l'huile purgative, en provoquant une sécrétion plus abondante des différents liquides intestinaux, active l'élimination du médicament.

Bourget a l'habitude de prescrire de 2 à 3 grammes de salacétol dissous dans 30 grammes d'huile de ricin. Le malade prend cette dose à jeun ; il est rare qu'on ait à la répéter le lendemain.

Les enfants supportent très bien le salacétol qui est moins dangereux que le salol, grâce à l'absence de phénol. Un enfant d'un an peut en prendre sans crainte 0gr.50 par jour et même davantage. Bourget estime cette médication plus rationnelle que la vieille pratique, consistant à donner du laudanum ou du bismuth. Par ce dernier traitement, en effet, on arrête, il est vrai, la diarrhée, mais on n'éloigne pas les causes d'irritation de l'intestin.

Les dosages des sulfates conjugués de l'urine (indoxylsulfates, indican, crésylsulfates, scatoxylsulfates, etc.) prouvent que la désinfection au moyen du salacétol est très rapide.

A la dose de 2 ou 3 grammes par jour, le salacétol donne aussi d'excellents résultats dans le traitement des rhumatismes subaigus et chroniques.

Le salacétol est également indiqué pour désinfecter les voies urinaires. J. B.

Ueber Salol bei Dysenterie, par RASCH (*Deutsche med. Wochens., n° 17, p.* 411, 1893).

Dans ce fait, observé à Bangkok, la dysenterie a été jugulée par le salol.

Une fille de 8 ans est atteinte, le 2 mai à 5 heures du matin, de vomissements et de diarrhée ; les déjections sont liquides avec des flocons muqueux, du pus, pas de sang. Ventre peu douloureux, modérément ballonné ; soif vive ; pouls misérable. A 9 heures, le médecin prescrit :

Eau chloroformée......	120 grammes.
Salol..................	4 —
Huile d'olive..........	4 —

Toutes les demi-heures une cuillerée à café.

A midi, pas d'amélioration ; on remarque du melæna. Coliques vives.

T. 100°,4 F. Enveloppement dans le drap mouillé. La potion sera prise toutes les heures.

A 6 heures, amélioration notable ; disparition presque complète des coliques ; soif moins vive. T. 99° F. On continue le salol.

Le 3 mai, après une nuit assez agitée, l'état est satisfaisant ; il n'y a plus ni vomissements ni diarrhée. Dès lors, convalescence rapide.

L. GALLIARD.

De l'action du bicarbonate de soude sur le chimisme stomacal, par A. GILBERT (*Mémoires de la Soc. de biol.*, *22 juillet* 1893).

Les recherches ont été faites sur un chien à fistule gastrique. L'eau alcaline était introduite dans l'estomac à jeun (avant, après ou pendant l'ingestion de viande), et le contenu gastrique extrait de quart d'heure en quart d'heure et examiné par la méthode de Winter. On constate que le travail gastrique est modifié. A haute dose, le bicarbonate rend le contenu alcalin pendant la première demi-heure ; il y a augmentation du chlore total pendant le premier quart d'heure. Au bout d'une heure, le contenu n'est pas beaucoup plus riche en acide et en chlore qu'après une demi-heure. A faible dose, le bicarbonate exerce une action du même genre, moins marquée. Il entraîne une diminution de l'acidité et une augmentation du chlore total qui se poursuit pendant une demi-heure pour disparaître au bout de trois quarts d'heure. DASTRE.

Die Ausspülung des Verdauungscanales..... (Le lavage du tube digestif, diaklyse. Contribution à la thérapeutique du choléra), par GENERSICH (*Wiener med. Presse*, *24 septembre* 1893).

De nombreuses expériences faites sur le cadavre Genersich a pu conclure que la valvule de Bauhin était une barrière des plus facilement franchissable par un liquide injecté, sous une pression d'un mètre, au moyen d'un irrigateur dont la canule est solidement fixée à l'anus. Lorsque l'irrigation a atteint une dizaine de litres en moyenne, on voit alors le liquide s'échapper par la bouche du sujet, balayant ainsi de bas en haut tout le tube digestif.

Or cette manœuvre peut être faite sur le vivant sans grandes difficultés bien qu'avec quelques précautions ; de là à l'introduire dans la thérapeutique du choléra où elle peut marcher de pair avec l'entércklyse, l'hypodermoklyse et la phléboklyse (Galliard), il n'y a qu'un pas.

Generisch a donc diaklysé ses cholériques et après leur avoir injecté une solution de tannin à 1 ou 2 0/00 à une température de 37° à 38° sous une pression de 80 à 100^{cm}, il a vu du 5e au 8e litre s'améliorer la situation du malade qui se réchauffe, se couvre de sueur et dont le pouls redevient sensible et fort. Le procédé serait contre-indiqué chez les malades artério-scléreux ou atteints d'affections graves du cœur et du poumon. De même que chez ceux dont les tuniques intestinales sont gravement lésées (cancer, tuberculose, rétrécissements cicatriciels, hernies, etc.). CART.

I. — Note sur l'irrigation totale et antiseptique du tube digestif, par DAURIAC (*Progrès méd.*, 30 *septembre* 1893).

II. — Des grands lavages de l'intestin grêle, contribution à l'étude de l'antisepsie intestinale, par LESAGE et DAURIAC (*Gaz. des hôp.*, 17 *octobre* 1893).

I et II. — Dauriac, après avoir constaté par ses expériences personnelles la possibilité d'irriguer l'intestin grêle et l'estomac par l'introduction d'une longue canule dans le rectum, appliqua ce procédé à un chien atteint de diarrhée intense. Un lavage total avec une solution d'acide lactique à 1 0/0 amena immédiatement la guérison. Chez 11 enfants, idiots, du service de Bourneville atteints de diarrhées fétides incoercibles, le lavage total de l'intestin avec cette même solution amena un résultat satisfaisant. Chez 5 nouveau-nés atteints de diarrhée même succès. Dans un cas de fièvre typhoïde grande amélioration après un lavage à la créoline. Deux cas d'ictère catarrhal ont été guéris, et un ténia éliminé par ce procédé. H. L.

Ueber eine neue Behandlungsmethode des Morbus Brightii (Nouveau traitement du mal de Bright), par NETSCHAJEFF (*Deutsche med. Wochens. n°* 20, *p.* 470, 1893).

La néphrite aiguë est due, d'après Mannaberg, à des microorganismes. De là le traitement antiseptique. Ce traitement peut être réalisé par le bleu de méthylène, en dépit des réserves d'Ehrlich qui craignait d'irriter le rein.

Netschajeff a prescrit le bleu de méthylène à 15 brightiques ; il leur donnait 10 centigrammes du remède, 3 fois par jour. Au bout d'une heure l'urine avait une teinte bleue ; dès le second jour, la polyurie se manifestait et progressivement l'albumine et les cylindres disparaissaient. Voici 3 exemples :

1° Homme de 30 ans, œdématié depuis quatre jours ; on lui donne le bleu de méthylène à la dose de 30 centigrammes les 19, 21 et 23 avril. Le 24, l'anasarque a disparu ; il y a 3,200 grammes d'urine. Le 26, absence d'albumine. Le 27, le malade part guéri ;

2° Homme de 36 ans, traité les 22, 24, 26 et 28 mai. Le 29, disparition de l'œdème ; le 31, disparition de l'albumine ;

3° Femme de 27 ans, guérie en 15 jours par 7 doses de 30 centigrammes. Polyurie moindre que dans les autres cas. L. GALLIARD.

Contributo allo studio dell'alimentazione nella nefrite, par G. AJELLO et A. SOLARO (*Il Morgagni*, *p.* 441, *août* 1893).

En se basant sur 8 observations de néphrite chronique, parenchymateuse ou interstitielle, les auteurs concluent que la composition des urines peut varier d'un jour à l'autre, alors que l'alimentation reste identique.

Dans 4 cas où ils ont comparé les résultats de l'alimentation ordinaire et ceux du régime lacté, ils ont vu, sous l'influence du lait, la quantité d'urine augmentée dans 3 cas et diminuée dans 1 ; la quantité d'albumine augmentée dans 3 cas et diminuée dans 1 ; la quantité d'urée augmentée dans 2 cas et diminuée dans 2; la quantité d'acide phosphorique augmentée dans 3 cas et diminuée dans 1. Ils en concluent que le régime lacté n'a pas toujours l'influence favorable qu'on lui attribue généralement,

tout en faisant remarquer que les résultats obtenus dans ces cas tiennent peut-être à la période avancée où ils ont observé leurs malades. Ils pensent, malgré cette réserve, que la question des avantages du régime lacté dans le mal de Bright chronique n'est pas définitivement tranchée.

GEORGES THIBIERGE.

Du chlorate de soude dans le traitement des cancers de l'estomac, par BRISSAUD (*Assoc. franç., Cong. de Besançon, août* 1893).

L'emploi du chlorate de soude, à des doses qui ont varié entre 8 et 16 grammes par jour, sans jamais dépasser la dose de 16 grammes dans les vingt-quatre heures, a donné à B. dans plusieurs cas indiscutables de cancer de l'estomac, des soulagements tels, équivalant d'une façon si frappante à des guérisons, qu'on hésiterait à publier ces résultats s'il ne s'agissait que d'un ou deux cas seulement, en raison des erreurs du diagnostic que l'on peut commettre en prenant pour un cancer de l'estomac un de ces cas de gastrite chronique qui reproduisent si bien tous les symptômes de l'affection maligne : mais ces résultats ont été obtenus constamment dans tous les cas où depuis quatre ans B. s'est trouvé en présence d'un cancer purement stomacal, c'est-à-dire dans cinq observations successives, pour lesquelles on ne pourrait parler de cinq erreurs de diagnostic, d'autant moins qu'il en est trois dans lesquelles il existait une tumeur épigastrique appréciable.

Dans ces cas, au sujet desquels le diagnostic n'était pas douteux, le chlorate de soude a été employé à la dose de 12, 14 et même 16 grammes par jour, et les malades sont aujourd'hui absolument guéris, attendu que l'on a vu, sous l'influence du traitement, se produire la suppression des mélæna et des hématémèses, le retour de l'appétit, la disparition de la cachexie, et, d'autre part, dans les trois cas où il existait une tumeur épigastrique appréciable, on a vu cette tumeur disparaître complètement, après six semaines environ.

A côté de ces heureux résultats, il y a des insuccès, notamment dans les formes interstitielles sarcomateuses, qui semblent résister à ce mode de traitement ; en cas de généralisation cancéreuse, ou de complications particulières.

A. C.

Traitement des tumeurs malignes par les inoculations répétées d'érysipèle relation de dix cas, par WILLIAM COLEY (*The Amer. j. of the med. sc., p.* 487, *mai* 1893).

L'auteur, outre les cas personnels d'érysipèle inoculé, a réuni tous les faits où un érysipèle est survenu spontanément chez un malade atteint de tumeur. Cette recherche lui a permis de réunir 38 cas qui ont donné les résultats suivants : 17 carcinomes, 3 guérisons, soit 17 0/0, 1 mort; 17 sarcomes, 7 guérisons, 41 0/0, une mort; enfin 4 tumeurs (sarcomes ou carcinomes) ayant donné 2 guérisons.

Réunissant les cas personnels d'érysipèle inoculé, on trouve 7 cas de carcinome avec une guérison et 8 cas de sarcome avec 2 guérisons. Si l'on remarque que beaucoup de ces tumeurs étaient des récidives, inopérables pour la plupart, on peut, à juste titre, estimer la valeur de l'érysipèle comme agent curatif.

En tout cas, on ne risque rien en traitant les tumeurs malignes par les inoculations d'érysipèle. L'action curative est probablement due aux produits toxiques des streptocoques, que l'on peut isoler et employer sans voir survenir l'érysipèle au niveau du point d'inoculation. Cette injection des produits toxiques est beaucoup moins dangereuse que l'inoculation des cultures d'érysipèle qui ont donné parfois des accidents.

F. VERCHÈRE.

Les traitements de l'érysipèle facial, par JUHEL-RENOY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 *mai* 1893).

Après avoir employé sans succès une série de préparations recommandées, J.-R. a recouru à des applications d'un mélange à parties égales d'ichthyol et de traumaticine (10 parties de gutta-percha dans 90 parties de chloroforme); il pratique des badigeonnages larges de 3 à 4 centimètres, autour de la plaque, et les répète trois et quatre fois par jour; et il continue l'application quarante-huit heures après l'extinction du processus local.

Il a eu dans la moitié des cas un succès réel, l'arrêt net de l'érysipèle.

H. L.

Les bains froids dans le traitement de l'érysipèle. Le sulfate de cinchonamine comme antithermique. Les injections sous-cutanées d'acide lactique comme antiseptique local, par LE GENDRE et BEAUSSENAT (*Soc. méd. des hôpitaux*, 16 *juin* 1893).

Sur 196 hommes, 151 n'ont pas été baignés, 10 décès; 45 ont été baignés, 1 décès. Sur 219 femmes non baignées, 15 décès; sur 18 femmes baignées, 1 décès. Les bains à 20 degrés, durant 15 minutes, ont été employés contre toutes les complications, délire, congestion pulmonaire, pneumonie, endopéricardite, phlegmons étendus, voir néphrites avec urémie; dans des cas où il y avait 4 et 6 grammes d'albumine par litre, avec oligurie, la polyurie venait avec diminution de l'albuminurie.

Le sulfate de cinchonamine abaisse la température d'une manière bien plus efficace que les autres antithermiques connus, mais deux fois il y a eu des crises épileptiformes. Les injections sous-cutanées varient de 30 à 60 centigrammes.

Enfin, des injections d'acide lactique en solution à 1/100, faites en deux couronnes, à 3 et 6 centimètres du bourrelet erysipélateux, à 3 centimètres l'une de l'autre, ont, dans plusieurs cas, arrêté la marche envahissante de l'érysipèle.

H. L.

De la cocaïne dans le traitement de la variole et de l'infection variolique, par EDWARD PEPPER (*The Amer. j. of the med. sc., p.* 298, *mars* 1893).

Par l'usage de la cocaïne, l'auteur affirme que la variole et *a fortiori* l'infection variolique est arrêtée dans un très notable degré et très remarquablement atténuée.

La fièvre est moins élevée et abrégée dans sa durée. Il se fait une demi-abortion des vésico-pustules ou des pustules quand la cocaïne est employée dans la seconde période de la variole. Les congestions et inflammations viscérales sont plus rares et moins accentuées.

On n'a jamais donné la cocaïne avant l'invasion de la variole, mais il faudrait voir si l'administration du médicament n'amènerait pas l'immunité. Il est à remarquer que, dans la variole, la tolérance pour la cocaïne est augmentée.

La cocaïne est donnée par l'estomac en solution à 4 0/0 quatre fois dans les vingt-quatre heures chez un enfant de cinq ans. A dix ans, on donne 10 gouttes quatre fois en vingt-quatre heures, et ainsi de suite en augmentant d'une goutte par fois et par année de l'âge du sujet. A vingt ans, on donne 20 gouttes. Chaque dose sera donnée dans un quart de verre d'eau. La moitié de la dose indiquée est souvent suffisante pour obtenir le résultat demandé.

Un des modes d'administration que recommande l'auteur est la forme de pastilles, chaque pastille contenant un 24e de grain de cocaïne avec ou sans une petite dose de pepsine.

La cocaïne incorporée dans les suppositoires n'est pas absorbée en entier. Cependant, comme on ne peut savoir exactement la dose qui sera absorbée, il ne faut pas dépasser celle que l'on donne par la bouche. La méthode sous-cutanée est recommandable, sauf au début de la variole; on ne doit ainsi administrer que le quart de la dose indiquée pour l'estomac.

Il faut, dans tous les cas, surveiller les prédispositions individuelles et, dès qu'on remarquerait un symptôme pouvant être rapporté à la cocaïne, il faudrait en arrêter l'usage et, au besoin, employer les moyens connus pour combattre l'empoisonnement par la cocaïne.

D'ailleurs, ajoute l'auteur, l'emploi de la cocaïne ne doit pas exclure les autres moyens employés couramment pour combattre la variole. C'est ainsi que se trouvent recommandés le calomel, l'acide salicylique, etc. Dans de nombreux faits pour lesquels la cocaïne a été méthodiquement administrée, le traitement topique a été négligé et, dans la plupart des cas, inutile. (Voy. *R. S. M.*, XXXIV, 510.) F. VERCHÈRE.

Sur l'action des bains d'air chaud sur les globules blancs, chez l'homme sain, par Th. TELATNIK (*Thèse de St-Pétersbourg*, 1893).

Le taux des leucocytes diminue sous l'influence des bains d'air chaud, minimum de 5,45 0/0, maximum de 7,43 0/0. Le taux des leucocytes jeunes augmente, minimum de 4,54 0/0, maximum de 15,76 0/0. Cette augmentation appartient exclusivement aux petits lymphocytes qui augmentent, minimum de 7,28 0/0, maximum de 12,78 0/0. Les autres variétés des jeunes leucocytes diminuent également. Il est bien entendu que l'augmentation des petits lymphocytes n'est pas absolue, mais relative au nombre d'autres leucocytes.

Rappelons à ce propos que les résultats des recherches de l'école de Tchoudnowski sur l'action des bains d'air chaud, consignés dans des thèses de Saint-Pétersbourg se résument ainsi : 1° action sudorifique, 2° augmentation de la température centrale de 1,5-2°C. ; 3° augmentation de la fréquence du pouls et de la respiration ; 4° diminution de la force musculaire, de la capacité vitale des poumons, de la force d'inspiration et d'expiration ; 5° augmentation de l'assimilation et de l'échange des matières azotées ; 6° diminution de la tension artérielle. H. FRENKEL.

Sur l'influence du bain russe sur l'échange des matières albumineuses chez l'homme sain, par M. J. GOUSIEW (*Vratch, n° 39*, 1893, *et Thèse de St-Pétersbourg*, 1893).

Les dix expériences s'étendent sur une période de neuf jours : trois jours avant les bains, trois jours pendant et trois jours après les bains.

1° L'assimilation de l'azote dans la période des bains s'améliore légèrement, en moyenne de 0,3 0/0 et cette amélioration se maintient les jours après les bains dans la proportion de 0,2 0/0.

2° L'échange des matières azotées dans la période des bains diminue en moyenne de 7 0/0, mais il augmente dans la période post-balnéaire de 1,3 0/0 par rapport à l'état avant les bains et de 8,3 0/0 par rapport à l'état pendant les bains.

3° L'élimination de l'azote par les reins dans la période des bains augmente en moyenne de 0,6 0/0; dans la période après les bains, elle augmente de 7 0/0.

4° Au point de vue qualitatif, l'échange des matières azotées s'améliore également : le rapport du soufre neutre avec le soufre acide diminue dans la période des bains, en moyenne de 2,9 0/0 ; ce rapport, dans la période après les bains, reste encore diminué de 1,8 0/0.

5° La quantité d'urines diminue, la densité augmente, la réaction des urines reste acide.

6° La quantité des selles augmente légèrement ; sa teneur en azote est sujette à des variations difficiles à renfermer dans une formule.

7° Le poids moyen du corps diminue légèrement, dans la période des bains, et augmente dans la période suivante.

En somme, les bains russes provoquent une augmentation dans l'échange des matières azotées, comme l'ont déjà affirmé, sans le démontrer péremptoirement, Bartels, Godlewski, Kostiourine. H. FRENKEL.

Sur l'influence du bain russe sur l'homme sain, par J.-J. POLOZOW (*Vratch, n° 44*, 1893 *et Thèse de St-Pétersbourg*, 1893).

Dans le bain, la température du corps s'élève de 0°,5 C., le nombre des respirations est augmenté de 2-12 dans la minute, le nombre des battements de cœur est augmenté de 12 à 45 suivant l'étage auquel on s'expose aux vapeurs chaudes. Immédiatement après le bain, la température centrale du corps reste de 0°23 C au-dessus de l'état pré-balnéaire, la température de la peau est diminuée de 0,°3 à 0°, 6 C.; la capacité vitale des poumons est diminuée (en moyenne 138 centimètres cubes), la force d'inspiration et d'expiration est diminuée (de 7, 6 millimètres à 14,6 millimètres), le nombre des respirations est augmenté (de 1,1 par minute), le nombre des pulsations est augmenté (de 2,1 par minute), la pression artérielle est abaissée (de 10,4 millimètres), la force musculaire est affaiblie (de 1,7 kilogramme à droite, de 1,2 kilogramme à gauche), la sensibilité cutanée est plus fine, le poids du corps diminue (de 810 grammes en moyenne.)

En comparant les 3 périodes, de 3 jours chacune, avant, pendant et après les bains, on trouve que la température axillaire et rectale diminue légèrement dans la période balnéaire et post-balnéaire, par

rapport à l'état avant les bains ; par contre, la température de la peau augmente de quelques dixièmes de degré dans la période consécutive. La capacité vitale des poumons diminue dans les deux dernières périodes. La force d'inspiration augmente dans la période balnéaire et post-balnéaire, tandis que la force d'expiration diminue. Le nombre de respirations est à peine accru dans les deux dernières périodes. La fréquence du pouls n'a pas changé les jours des bains et diminue légèrement les jours suivants. La pression artérielle diminue les jours des bains et encore plus les jours suivants. La force musculaire diminue les jours de bains et les jours suivants ; de même la sensibilité cutanée. Le poids du corps diminue légèrement les jours de bains, mais il augmente les jours suivants. Les pertes cutanéo-pulmonaires augmentent notablement dans la période balnéaire, légèrement dans la période post-balnéaire.

La diurèse diminue dans la période balnéaire et cette diminution est encore appréciable les trois jours suivants. Si l'ingestion d'eau est normale, l'échange d'eau dans l'organisme se trouve être plus actif dans la période balnéaire et post-balnéaire qu'avant les bains ; mais si l'ingestion d'eau a été plus forte, l'échange d'eau s'en trouve diminué dans la période balnéaire et post-balnéaire. H. FRENKEL.

I. — Hœmaturia in snake-bite poisoning, par A. MUELLER (*Australasian med. Gaz.*, *août* 1893).

II. — The strychnine treatment of snake-bite poisoning, par J.-C. VAUGHAN (*Indian med. Gaz.*, *août* 1893).

I. — M. signale l'hématurie comme un des symptômes graves de l'empoisonnement par morsure de serpent. Cette complication échappe souvent en raison de l'intensité des autres signes, paralysies, etc., et cependant elle survient très rapidement et vient rendre l'élimination du toxique difficile. Pour prévenir la dilatation des capillaires du rein, la stase veineuse, la diapédèse et les accidents qui en résultent, M. ne connaît pas de traitement supérieur aux injections de strychnine. Seulement il ne faut pas craindre de les faire à hautes doses. M. rapporte trois cas de mort avec hématurie.

II. — Observation d'un Hindou de 24 ans, mordu au poignet par un serpent de la longueur du bras qu'on ne put tuer. L'accident survint à 10 heures du soir; à 11 heures 15 minutes, quand V. le vit, le malade était mourant, les yeux renversés, une salive épaisse coulant de la bouche, avec de légères convulsions totales. V. fait dans le bras une injection de 15 gouttes d'une solution à 1 0/0 de sulfate de strychnine. A 11 heures 30, aucun changement, injection de 10 gouttes. A minuit, l'affaissement est moindre; troisième injection, 5 gouttes. Dans le reste de la nuit, quatre autres injections de 5 gouttes. Le malade guérit. Les convulsions cessèrent dès qu'on eut injecté la strychnine et ne reparurent pas. En tout on avait administré 3 centigrammes de strychnine. A. C.

HYGIÈNE

Statistica delle cause di morte in tutti i communi del regno (*Rivista d'igiene e sanita publica, III*).

Statistique des causes de décès de 1881 à 1890 dans le royaume d'Italie. D'après le recensement du 31 décembre 1881, la population s'élevait à 28,459,628 habitants. Durant la période décennale, la mortalité générale a oscillé entre 28,72 pour 10,000 vivants en 1886 et 25, 63 en 1889. L'Italie, dans sa totalité, a été le siège d'une épidémie de variole qui a atteint son apogée en 1888. Dans les trois années 1887, 1888 et 1889, la variole a causé 47,755 décès dont 13,764 au-dessous de un an, 22,562 de 1 à 5 ans, 10,464 entre 5 et 60 ans et 985 au delà de 60 ans.

La fièvre typhoïde et le typhus ont occasionné, pendant les quatre dernières années, moins de morts dans les 284 villes principales, surtout dans celles qui ont amélioré leurs conditions de salubrité (Catane, Palerme, Naples, Turin, Bologne, etc.). Pendant quatre ans, de 1884 à 1887, le choléra s'est montré en Italie; il a surtout sévi dans les provinces de Coni, de Gênes, de Naples, des Pouilles et en différents points de la Sicile. Il a fait 14,299 victimes en 1884; 3,459 en 1885; 26,373 en 1886 et 6,842 en 1887.

La grippe a provoqué 523 décès en 1887, 598 en 1888 et 521 en 1889. La pandémie grippale de 1890 a enlevé en Italie 11,758 individus. De plus, il est vraisemblable qu'on doit imputer à la grippe la majeure partie de l'augmentation des décès par affections respiratoires survenue dans la même année (27,499 de plus qu'en 1889). Dans les dernières années de la période décennale, les 284 villes principales ont eu notablement moins de décès dus à la phtisie que dans les antérieures. La phtisie est plus fréquente dans l'Italie du nord et du centre qu'à Naples et dans les îles. De 1887 à 1889, elle a entraîné 189,265 décès dont 98,342 de femmes. La mortalité tuberculeuse est à son maximum dans la première année de vie, ensuite elle diminue jusqu'à 15 ans, s'accroît considérablement de 20 à 30 ans et dès lors s'abaisse au fur et à mesure des années.

La pellagre cause encore de nombreux décès dans le nord de l'Italie; cependant leur chiffre a notablement diminué dans les dernières années de la période décennale.

J. B.

Immunité et réceptivité vaccinales, par HERVIEUX. Discussion (*Bull. Acad. méd. mars et avril* 1893).

Dans cette étude Hervieux, après avoir rappelé que l'immunité vaccinale naturelle est exceptionnelle chez l'homme, rappelle que l'immunité, conférée par la vaccine, ne dure que 7 à 8 ans et est moins durable chez les jeunes sujets; après cette époque, elle entre dans la période de déclin.

En ce qui concerne l'immunité variolique, on a constaté qu'elle ne

dépasse guère la durée de l'immunité vaccinale, ce qui prouve la nécessité des revaccinations chez les variolés comme chez les vaccinés.

Chez les sujets ni vaccinés ni variolés, la réceptivité originelle pour la vaccine est presque absolue ; chez les vaccinés et les revaccinés elle ne reparaît plus ou moins amoindrie qu'au bout de quelques années.

Quant à ce qui est décrit sous le nom de fausse vaccine, cette dénomination ne mérite pas d'être conservée. La fausse vaccine n'est que de la vaccine vraie, puisqu'elle peut fournir du vaccin comme elle et préserver comme elle. Les observations le prouvent incontestablement et viennent à l'appui de cette idée que la fausse vaccine est de la vaccine, modifiée par les vaccinations antérieures.

Dumontpallier rappelle que depuis longtemps il a la même opinion sur la fausse vaccine, qu'il a proposé d'appeler vaccinoïde et que, d'après de très nombreuses vaccinations, il a reconnu qu'elle conférait l'immunité. Telle est également l'opinion de Bucquoy, d'Ollivier et de Guéniot. Mais ce dernier se demande pourquoi certains sujets, vierges de toute vaccine antérieure, se montrent réfractaires à la vaccinoïde ?

D'après Hervieux, ces réfractaires n'existeraient pas en réalité ; en pareil cas, le vaccin ne doit pas être mis en cause; des causes étrangères seules empêchent qu'il agisse. OZENNE.

Das Ammenwesen in Hamburg, par G. SCHMALFUSS (*Deutsche Viertelj. f. œffentl. Gesund., XXV, p.* 93).

Hambourg est la seule ville d'Allemagne où les femmes qui veulent être nourrices mercenaires soient soumises légalement à un examen médical.

A la suite de cet examen, il est délivré aux nourrices un certificat qui n'est valable que pour trois jours. Une instruction délibérée par le Collège médical énumère les motifs suivants d'exclusion définitive ou seulement temporaire :

Exclusion définitive : syphilis ou soupçon de syphilis, blennorragie, chancre mou, tuberculoses diverses y compris la tuberculose externe, cancer, accouchement remontant à un an, mammites. Exclusion temporaire : malpropreté, vermine, eczéma étendu, éruption quelconque des seins, crevasses des deux mamelons.

Les chiffres suivants démontrent toute l'utilité de cette institution hambourgeoise. Du jour de son entrée en fonctions (1er mai 1890) à la fin de 1891, Schmalfuss a examiné 2,333 nourrices pour la première fois, sur lesquelles 1,666 ont été acceptées d'emblée, 432 ajournées à un nouvel examen et 235 repoussées définitivement. J. B.

Die Berufskrankheiten der Porcellanarbeiter, par Theodor SOMMERFELD (*Deutsche Viertelj. f. œffentl. Gesundh., XXV*, 277, 1893).

Travail basé sur l'étude comparée des statistiques de la morbidité et de la mortalité des porcelainiers allemands, embrassant les 14 dernières années, et de l'état sanitaire des ouvriers de la Manufacture royale de porcelaine de Berlin.

Les tourneurs sur porcelaine atteignent un âge moyen de 38 ans

1 mois 1/4 ; les peintres sur porcelaine, de 36 ans 4 mois seulement. Chez les tourneurs, la plus forte mortalité survient de 40 à 50 ans, chez les peintres, déjà de 20 à 30 ans.

Chez les porcelainiers en général, les principales causes de mort sont: les affections des voies respiratoires (70 0/0); à elle seule, la tuberculose pulmonaire forme les 60 0/0 des décès ; puis viennent, à grande distance, les affections du système nerveux central (5 0/0) ; les affections du tube digestif (4 0/0), celles du cœur (3,6 0/0), des voies urinaires (1,6 0/0), du foie (0,68). Quant aux maladies qui forcent les ouvriers à interrompre de temps en temps leur travail, ce sont par ordre de fréquence décroissante : les affections respiratoires (31 0/0), parmi lesquelles la tuberculose pulmonaire entre pour 16 0/0; les affections digestives (16 0/0), les rhumatismes (10 0/0), etc.

En envisageant les diverses catégories d'ouvriers porcelainiers, on voit que la plus forte morbidité est fournie par les émailleurs (50 0/0) ; puis viennent les ouvriers des fours (36,4), les useurs de grains (36 0/0), les tourneurs et mouleurs (35,5 0/0), les laveurs (26 0/0), enfin les peintres (23,7 0/0). D'autre part, la mortalité est le plus considérable chez les ouvriers des fours (3,4 0/0) ; puis chez les tourneurs et mouleurs (2,35 0/0), les laveurs (2 0/0), enfin les peintres (16 0/0). Ceux qui fournissent le plus de victimes aux affections pulmonaires sont les tourneurs et mouleurs (89,5 0/0 des décès), les ouvriers des fours (80 0/0), les peintres (60 0/0).

A la manufacture royale de Berlin, presque tous les ouvriers des fours ont de la pharyngite chronique et la moitié d'entre eux ont des conjonctivites. Dans cet établissement, ce sont les useurs de grains qui comptent le plus d'affections respiratoires (58,9 0/0) ; viennent ensuite les émailleurs (52,8 0/0), les laveurs (46,5 0/0), les ouvriers des fours (35,8 0/0); les batteurs (33,1/3 0/0), les tourneurs (31,9 0/0), les peintres (31,6 0/0). Y sont atteints de tuberculose 28 0/0 des émailleurs, 26 0/0 des laveurs, 25 0/0 des useurs de grains, 20,5 0/0 des ouvriers des fours; 16 0/0 des tourneurs et 15 0/0 des peintres. La mortalité annuelle de cette manufacture, qui occupe en moyenne un personnel de 350 hommes, n'est que de 1,03 0/0; 77,7 0/0 de ces décès sont dus à la phtisie. L'âge moyen des morts s'y élève à 43 ans 13. Le rhumatisme ne sévit que chez les laveurs (26,6 0/0) et les tourneurs (18,3 0/0) ; les affections digestives, seulement chez les laveurs (46,6 0/0).

Les 3 causes d'insalubrité du métier de porcelainier sont : les poussières minérales, les attitudes professionnelles et les habitudes d'intempérance.

Les opérations, impossibles à pratiquer en récipients clos, devraient être effectuées dans des locaux complètement séparés, par des adultes munis de respirateurs au devant de la bouche et du nez. Comme les ouvriers faits s'habituent difficilement à porter ces appareils protecteurs, il serait bon d'en rendre le port obligatoire pour les apprentis.

L'influence fâcheuse de la posture, inclinée en avant, du haut du corps se révèle chez les peintres qui, sans être exposés aux poussières, comptent 50 0/0 de décès tuberculeux et ont une vie moins longue que les autres catégories de porcelainiers ; il est toutefois utile d'ajouter

que le métier de peintre n'exigeant aucun effort physique, est souvent choisi par des individus de complexion débile.

Dans les différentes contrées de l'Allemagne, la journée de l'ouvrier en porcelaine varie de 8 à 14 heures ; mais il n'est pas rare qu'il y ait des heures de travail supplémentaire, jusqu'au nombre de 4 et même de 6 par jour. (*R. S. M.*, XL, 126.) J. B.

I. — Die Regelung des Kinderbewahrwesens in Ungarn, par H. SCHUSCHNY (*Zeitschr. f. Schulges., VI, et Hyg. Rundsch., III*, n° 12, *p.* 557, 15 *juin* 1893).

II. — Spanische Ferienkolonien, par Mme B.-W. DE DAVILA (*Ibid.*, *p.* 556).

III. — Eine Lanze für den alten Schulranzen, par G. KYNAST (*Ibid.*).

IV. — Die Hygiene der Knaben-Handarbeit, par O. JANKE (*Hambourg et Leipzig*, 1893, *et Hyg. Rundsch., III*, n° 16, *p.* 756, 15 *août* 1893).

I. — C'est en 1848 qu'a été créé le premier jardin d'enfants hongrois ; depuis lors, il s'en est ouvert 880 autres. D'après la loi hongroise de 1892, tout enfant bien portant, âgé de 3 à 6 ans, et manquant de surveillance et de soins continus de ses parents, doit être pris en garde dans un asile communal.

II. — Depuis 1890, une société de Grenade envoie un certain nombre d'écoliers des deux sexes, passer tout le mois d'août aux bains de mer d'Almuñecar. Ces enfants, confiés à un instituteur et à une institutrice, sont logés dans l'école de garçons de cette station balnéaire ; les frais quotidiens s'élèvent en moyenne à 2 fr. 50 par enfant. Les journées se passent en bains, jeux et promenades. Les filles surtout, augmentent rapidement de poids (3 à 4 livres) par ce séjour au bord de la mer.

III. — A Breslau, l'autorité scolaire eut un moment l'intention de créer un enseignement de gymnastique médicale au profit des enfants atteints de scoliose, mais elle trouva plus pratique de rédiger un « mot d'avertissement aux parents sur les cartables d'écoliers. » Cet avis insiste sur l'habitude des enfants de porter leurs livres scolaires, soit à la main, soit dans un carton ou portefeuille. Le résultat, toujours le même, est de surcharger d'un seul côté le rachis et d'en amener infailliblement la déviation latérale. Des pesages pratiqués dans les écoles de filles ont montré que, suivant la classe, le poids moyen des livres à transporter quotidiennement variait de 3 1/2 à 8 livres 3/4. L'instruction officielle conclut en recommandant vivement d'en revenir à l'usage de l'ancien sac d'écolier.

IV. — Janke estime que, pour n'être pas en désaccord avec l'hygiène, les travaux manuels enseignés dans les écoles de garçons, doivent remplir les conditions suivantes : 1° possibilité de les exécuter debout ; 2° possibilité de varier l'attitude du corps et de changer souvent de place ; 3° mise en jeu aussi complète et aussi égale que possible des muscles des deux côtés du corps ; 4° alternance entre les métiers exigeant une grande dépense de forces et ceux n'en réclamant qu'une faible ; 5° éviter tout ce qui pourrait entraver la circulation sanguine ; 6° enfin laisser reposer le plus possible les yeux et le cerveau. De tous les enseignements manuels, celui qui satisfait le mieux à ces exigences, est le travail grossier

du bois, à l'établi; c'est lui qui doit être recommandé en première ligne.

J. B.

Propagation par l'air à grande distance d'une épidémie de fièvre typhoïde, par FROIDBISE (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 4, *p.* 398, 1893).

Une épidémie grave de fièvre typhoïde (cinquante-deux cas avec six décès) s'est déclarée dans un vaste établissement militaire, contenant trois cents habitants, isolé au milieu de la campagne, n'ayant jamais été visité par cette maladie. En l'absence, comme causes, de fatigue, de surmenage, d'encombrement, de malpropreté, de mauvaise alimentation, de contamination de l'eau ou du sol, on ne peut trouver d'autre facteur de l'épidémie qu'un vaste foyer d'infection constitué par la vase du Rupel (rivière recevant les égouts de plusieurs villes, dont Bruxelles). Cette vase draguée avait été déposée sur une grande surface au bord de la rivière. Ce dépôt était situé à 1,800 mètres de l'établissement en question. Les points situés à l'abri du vent venant de ce foyer d'infection ont été épargnés par l'épidémie.

LEFLAIVE.

I. — Rapport au conseil de salubrité de la Seine (24 mars 1893) sur deux épidémies locales déterminées par des perruches, par DUJARDIN-BEAUMETZ (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série XXIX*, 481 *et* 483, *mai* 1893).

II. — Bactériologie des perruches de même provenance, par NOCARD (*Ibid.*)

I. — Le 31 janvier, une dame de la rue de Vaugirard est prise d'accidents typhoïdes graves; le 4 février, elle offre une congestion pulmonaire très intense, mais finit par guérir. — Son mari, âgé de 62 ans, tombe malade le 2 février, avec des phénomènes infectieux; le 8, il est pris d'une pneumonie, à laquelle il succombe le lendemain soir. — La domestique est également atteinte le 2 février et, après avoir été très gravement malade, se rétablit. — La couturière à la journée, âgée de 55 ans, présente le 1er février des phénomènes de grippe et meurt avec des symptômes pneumoniques 4 jours après. — Enfin, le concierge, âgé de 61 ans, est frappé à son tour, le 4 février : il est prostré et, malgré une légère amélioration qui a lieu le 15 février, il meurt le 20 avec des symptômes de pneumonie. En somme, 5 cas dans la même maison, dont 3 mortels. Le 20 janvier, les locataires avaient acheté à un marchand ambulant une perruche qui ne tarda pas à succomber. Elle fut jetée dans la boîte aux ordures et le concierge fut chargé de nettoyer la cage, fortement souillée par les excréments diarrhéiques de l'oiseau. Toutes les personnes qui ont été prises d'accidents infectieux avaient été en contact direct avec la perruche. La dame, qui est tombée la première malade, lui donnait même à manger dans sa bouche.

En même temps, il se produisait des faits analogues, dans un tout autre quartier de Paris, rue Legendre, où l'on avait également acheté, dans le courant de janvier, à un marchand ambulant, une perruche qui périt au bout de 48 heures. Sa maîtresse, âgée de 19 ans, qui n'avait cessé de la tenir dans ses mains et lui avait aussi donné à manger dans sa bouche, fut prise de malaise et d'enflure à la face, qui fit croire à de l'albuminurie gravidique; puis survinrent des symptômes graves qui entraînèrent la mort quelques jours plus tard. — Le mari était pris, en même temps, d'accidents analogues et succombait dans un état typhoïde.

Dujardin-Beaumetz, après avoir cru d'abord à de la grippe épidémique, admet maintenant qu'il s'agit d'accidents épidémiques d'origine épizootique. Il semble que, dans certains cas, la contagion se soit faite par la bouche, et l'on a noté alors, comme symptôme initial, du gonflement buccal. De l'enquête

faite chez les oiseliers, il résulte qu'ils ne gardent jamais de perruches ni de perroquets malades, car dès qu'ils les voient dépérir, ils les cèdent à vil prix à des marchands ambulants.

II. — Les perruches malades avaient été importées de Buenos-Ayres. Un grand nombre d'entre elles avaient péri dans la traversée et c'est sur leurs ailes, qui avaient été conservées, que Nocard a pu entreprendre ses recherches bactérioscopiques. En ensemençant la moelle de l'humérus dans divers milieux de culture, à l'air et dans le vide, dès le lendemain il obtenait, en culture pure, une bactérie courte, assez épaisse, à extrémités arrondies, à la fois aérobie et anaérobie, extrêmement mobile, se développant rapidement sur la plupart des milieux, solides ou liquides (à réaction neutre ou légèrement alcaline), ne prenant pas la couleur de Gram, ne liquéfiant pas la gélatine, ne faisant pas fermenter le lactose et ne coagulant pas le lait. Cette bactérie est pathogène, non seulement pour la perruche, mais encore pour le pigeon, la poule, la souris, le lapin, le cobaye. Inoculée dans la trachée, le péritoine ou les veines de ces animaux, elle les fait succomber en moins de 48 heures à une septicémie hémorragique; on retrouve la bactérie spécifique dans tous les organes et moins abondamment dans le sang. Inoculée sous la peau ou dans les muscles, ou mélangée aux aliments, cette bactérie produit des effets moins constants et moins rapides : le plus souvent, les animaux survivent de 8 à 15 jours, puis ils meurent très amaigris, avec une diarrhée profuse ; rarement, ils se rétablissent. Les lésions sont toujours celles d'une septicémie hémorragique, et tous les viscères renferment le même microbe. Il a suffi, d'ailleurs, de déposer des ailes (desséchées depuis 4 mois) au fond de la cage d'une perruche saine, pour tuer cette perruche en moins de 20 jours. J. B.

Diagnostic de la tuberculose bovine, par DEGIVE, THOMASSON, SIEGEN, etc. (3e *Cong. tuberc.*, et *Mercredi méd.*, 9 *août* 1893).

La réaction de la tuberculose chez les bovidés est sûre et certaine pour déceler la tuberculose. Degive a constaté que, sur 410 animaux inoculés, 183 avaient réagi ; or, un certain nombre de ces animaux ayant été abattus, on a toujours trouvé des lésions tuberculeuses plus ou moins accentuées ; en général, la réaction est d'autant plus intense que les lésions sont plus petites.

Thomasson confirme les résultats énoncés par Degive d'après ce qu'il a observé en Hollande.

Siegen a employé divers moyens pour reconnaître la tuberculose chez les bovidés. La recherche du bacille le lui a fait découvrir dans les matières fécales, dans le lait, dans les sécrétions utérines, chez les fœtus et dans un placenta abortif. Les inoculations au cobaye ont été positives. Quant à la tuberculine, il émet sur son compte la même opinion que Degive et Nocard, pour lequel la conclusion suivante s'impose : injecter la tuberculine à tous les bovidés, séparer les tuberculeux des animaux sains et désinfecter rigoureusement les étables.

OZENNE.

I. — Ueber Production von Kindermilch und Milchsterilisirung, par Norbert AUERBACH (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 14, *p.* 340, 3 *avril* 1893).

II. — Même sujet, par G. NEUHAUS (*Ibidem*, *n°* 17, *p.* 408, 24 *avril*).

I. — Auerbach a recherché pourquoi le lait stérilisé par la chaleur ne se conservait pas toujours bien. Dans ce but, il a introduit dans trois

flacons de lait stérilisé soit de l'herbe verte, soit du foin frais, soit du foin sec ; il a ensuite soumis ces trois flacons à l'action de la chaleur durant quarante minutes et les a enfin placés dans l'étuve à 38°. Au bout de 18 heures, les deux premiers échantillons étaient décomposés avec production d'acide butyrique et de gaz en abondance ; le lait du 3e échantillon ne se décomposa qu'au bout de 60 ou 70 heures et sans former ni acide butyrique, ni gaz. Il y a donc une très grande différence entre l'herbe et le foin qui n'est pourtant que de l'herbe desséchée.

Le foin vert se comporte comme l'herbe fraîche ; ce n'est qu'au bout de six semaines après sa récolte que le foin, est assez sec pour que le microbe de la fermentation butyrique y soit tué. Lorsqu'on infecte du lait stérilisé avec les excréments de vaches nourries avec du foin vert ou de l'herbe, on note la même décomposition butyrique. Donc des microorganismes franchissent indemnes le tube digestif des vaches, et il suffit qu'il en tombe une petite quantité dans le lait, pour que celui-ci ne puisse se conserver malgré sa stérilisation. C'est là aussi l'explication de la diarrhée qui survient en été chez les bêtes laitières à qui l'on donne brusquement à manger du vert après les avoir alimentées un certain temps avec des fourrages secs. Or, il est évident que la fluidité et la fréquence des selles accroissent beaucoup les chances de contamination du pis. Le microbe infectieux de l'herbe verte est celui que Botkin a isolé sous le nom de bacille butyrique.

Au point de vue de l'alimentation infantile, la conclusion à tirer de ces expériences, c'est qu'on doit faire durer plus ou moins longtemps la stérilisation du lait, suivant la nourriture des vaches qui l'ont fourni. Quand les bêtes sont nourries avec du foin sec, il suffit de faire bouillir le lait pendant une demi-heure, tandis que si elles ont été nourries avec de l'herbe verte, il faudra quatre-vingts minutes ; dans le doute, il sera toujours prudent de continuer l'ébullition jusqu'à cette dernière limite.

II. — Neuhaus montre par des chiffres l'impossibilité pour les nourrisseurs urbains de donner à leurs vaches des fourrages secs, vu leur prix de revient. Il estime que la stérilisation du lait n'est possible qu'aux lieux mêmes de production. Il établit par des analyses que deux aliments très décriés, l'herbe des prairies irriguées avec les eaux d'égout et la drèche liquide, très chaude, fournissent des laits parfaitement normaux ; au contraire la drèche ramenée à la température de 30° centigrades donne un mauvais lait.

Auerbach ne conteste pas non plus la valeur alimentaire de l'herbe provenant des terrains arrosés avec l'eau des égouts. Il s'est même assuré par des analyses que, contrairement à ce qu'on pouvait penser, le lait des vaches nourries ainsi n'est pas plus pauvre en phosphore et en chaux, fait important pour l'alimentation infantile. Quant à la drèche, il n'a pas trouvé non plus qu'elle nuisît à la conservation du lait stérilisé.

J. B.

Insalubrité du lait même bouilli des vaches atteintes de fièvre aphteuse, par ZINSTAG et par FEER (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 13, *p.* 470, 1er *juillet* 1893).

Deux médecins de Bâle signalent des accidents chez des enfants nourris

avec du lait provenant de vaches atteintes de cocotte ; ce lait avait pourtant été bouilli.

Zinstag cite un enfant qui, élevé avec le lait d'une vache infectée, présenta une dyspepsie grave, 3 jours avant que l'épizootie eût été constatée officiellement. Cet enfant fut près de succomber et ne se rétablit que lorsqu'on lui eut donné une nourrice. Deux autres enfants montrèrent une répugnance insurmontable à boire ce lait, auquel Zinstag n'a pourtant pas remarqué de saveur spéciale.

Feer a également observé un enfant affecté de troubles dyspeptiques sérieux, après consommation du même lait bouilli. Il ajoute que ce fait n'a rien de surprenant, puisqu'on sait que le mode de cuisson habituel du lait ne tue pas tous les germes. J. B.

Analyse chimique des farines, par BALLAND (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XXIX*, 487, *mai* 1893).

L'expertise d'une farine comprend des essais physiques et chimiques, un examen microscopique et une épreuve de panification. De tous ces essais, l'analyse chimique fournit les indications les plus variées et les plus précises.

La composition des farines livrées par les entrepreneurs pour la fabrication du pain de troupe doit se rapprocher des données suivantes :

Eau	11 à 15.
Matières minérales	0,60 à 0,90 pour les blés tendres. 1,10 à 1,30 pour les blés durs.
Acidité	0,015 à 0,050.
Cellulose	0,50 à 0,90.
Amidon et matière sucrée.	66 à 72.
Gluten humide	26 au minimum pour les blés tendres. 35 au minimum pour les blés durs.
Matières grasses	1 à 1,40.

Une augmentation dans le poids des matières minérales, de la cellulose, du gluten et des matières grasses trahit la présence des farines inférieures (queues de mouture). Une augmentation de l'acidité, jointe à la diminution du gluten et des matières grasses caractérise les vieilles farines. J. B.

Der Einfluss von Backpulver auf die peptische Verdauung, par O. HEHNER (*Chem. Zeit.*, *XVI*, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 7, *p.* 323, 1er *avril* 1893).

Les boulangers anglais emploient couramment, dans la panification, une poudre contenant de l'alun. Hehner a reconnu qu'elle empêche la dissolution de l'albumine par la pepsine. Il a ingéré, ainsi que 3 de ses aides, une quantité de cette mixture correspondant à celle introduite dans 113 grammes de pain. Tous 4 ont éprouvé des coliques, de la céphalalgie, de la constipation suivie de diarrhée ; dans un cas, ces troubles se sont prolongés plusieurs jours. Hehner conclut qu'on ne doit pas tolérer l'introduction de cette poudre alunée dans des substances alimentaires. J. B.

Darf man Nahrungs-und Genussmittel färben und vomit? par TSCHIRCH (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 14, *p.* 498, 15 *juillet* 1893).

1° *Emploi des couleurs de goudron pour bonbons et liqueurs :*

La présence d'arsenic n'est plus guère à redouter dans les couleurs de goudron et d'aniline, mais certaines de ces couleurs sont par elles-mêmes nuisibles pour l'organisme. Il y a donc lieu de permettre, d'une façon générale, l'emploi des couleurs de goudron pour les substances alimentaires, et de prohiber nominativement l'usage de celles d'entre elles qui sont dangereuses. Au surplus, la proportion de couleur de goudron contenue dans les bonbons et liqueurs est si faible, que même alors que la couleur serait toxique, elle est impuissante à provoquer des accidents.

2° *Emploi des sels de cuivre pour le reverdissage des conserves, le cuivrage de la vigne et des pommes de terre :*

Le cuivre, introduit à certaines doses et par certaines voies, est un poison pour les animaux et est nuisible à l'homme. A la dose de 5 centigrammes par jour, il ne détermine aucun trouble chez l'homme, pas même de diarrhée. A dose plus faible, l'homme peut en ingérer durant des mois, sans inconvénient. A dose plus forte, le plus souvent il est vomi ou bien il provoque la diarrhée et ensuite les phénomènes caractéristiques du cuprisme aigu. Jusqu'à présent, il n'existe aucune observation établissant l'existence, chez l'homme, d'un empoisonnement chronique et d'une intoxication professionnelle par le cuivre.

Dans l'organisme animal, tous les composés cupriques ont des effets à peu près identiques, qu'il s'agisse de combinaisons solubles ou insolubles dans l'eau ou l'acide chlorhydrique.

Dans le reverdissage des conserves, il se produit une combinaison entre la chlorophylle et le cuivre, du phyllocyanate de cuivre, composé d'un beau vert, très stable. Pour pouvoir apprécier l'innocuité ou la nocuité de ce procédé de reverdissage, Tschirch et Demme ont expérimenté, sur des animaux, le phyllocyanate de cuivre. Ils ont constaté l'innocuité de ce corps jusqu'à la dose de 35 milligrammes de cuivre par jour et par kilogramme de poids. En joignant à ces expériences, le résultat de celles qu'il a faites sur l'homme avec le phyllocyanate et avec d'autres sels de cuivre, Tschirch conclut qu'une proportion de 50 milligrammes de cuivre peut être admise, sans inconvénients, dans un kilogramme de conserves.

Le traitement des ceps de vigne infestés de péronospora et celui des pommes de terre infestées de phytophthora, par le cuivre, peut être considéré comme inoffensif, quoique le sol possède une grande faculté d'absorption pour ce métal et que les plantes le reprennent au sol ; en effet, il n'en passe jamais dans le vin et les pommes de terre que des proportions bien inférieures à celles reconnues inoffensives dans les conserves. J.-B.

Ueber den Kupfergehalt der Konserven (Reverdissage des conserves de légumes et de fruits par le cuivre), par J. MAYRHOFER (*Hyg. Rundsch.*, *III*, n° 9 *p.* 413, 1er *mai* 1893).

On prépare les légumes pour conserves en les immergeant quelques

minutes dans une chaudière d'eau bouillante ; après les avoir laissés s'égoutter, on les enferme dans des boîtes qu'on place dans l'autoclave à 120 degrés pour les stériliser. Les légumes ont alors perdu leur teinte verte ; on la leur rend, soit en les laissant séjourner quelque temps dans le chaudron de cuivre où, en raison de leur acidité, ils s'imprègnent de cuivre, soit en ajoutant à l'eau de cuisson du sulfate de cuivre et en enlevant ensuite par un lavage tout le cuivre soluble.

La préparation des conserves de fruits dans le sucre s'effectue à peu près de la même façon.

A Strasbourg, une fabrique de conserves utilise l'électricité pour reverdir les fruits en conserve : la chaudière de cuivre est reliée à un dynamo, directement par son fil négatif, tandis que le fils positif est fixé à une électrode qui plonge dans le liquide de la chaudière.

Parmi les divers procédés de reverdissage, Mayrhofer préfère l'addition directe du sulfate de cuivre qui permet seule au fabricant de connaître exactement la teneur en cuivre de ses produits.

Les fruits reverdis simplement par leur séjour dans le chaudron de cuivre contenaient les quantités suivantes de cuivre par kilogramme : abricots 1 milligr.; cerises 2,2 ; fruits de cynorhodon 2,8; noisettes 3,1 ; groseilles à maquereaux, framboises et poires 4,2 ; pêches 5,5 ; groseilles à grappes et fraises ananas 8 milligr.

D'autre part, ceux reverdis par le sulfate de cuivre en renfermaient : figues 15,1 à 19 miligr.; reines-claudes 18 ; amandes 22,8 à 36,8 ; petits pois 25 à 44,8 ; cornichons 45 ; chinois jaunes 56,1 ; chinois verts 47 à 76,6.

Des expériences en grand ont montré qu'il suffit pour le reverdissage d'une quantité très minime de cuivre : 24 milligrammes pour 1 kilo de pois, par exemple. J. B.

Des causes d'empoisonnement par les conserves en boîtes métalliques, par W.-M. HAMLET (*Chem. Zeit. XVII*, et *Hyg. Rundsch.*, *III*, n° 10, *p.* 469, 15 *mai* 1893).

Hamlet reconnaît 6 causes différentes aux empoisonnements par les boîtes de conserves : 1° chute dans la boîte d'une certaine quantité du métal de soudure; 2° emploi pour souder les boîtes de chlorure d'étain qui, donnant à leur contenu une réaction acide, favorise la dissolution d'une certaine proportion d'étain et de plomb; 3° formation dans la boîte, malgré l'intégrité de ses soudures, d'acides organiques qui dissolvent de l'étain ou même attaquent les parois de la boîte; 4° décomposition du contenu entraînant la formation de toxalbumines; 5° décomposition spontanée du contenu suivie de production d'amines qui, à la façon de bases énergiques, dissolvent l'étain des parois; 6° développement de ptomaïnes toxiques dans une boîte ouverte depuis quelque temps, surtout si la température est chaude et qu'il s'agisse de conserve de poisson.

Sur 72 conserves de poissons en boîtes examinées par Hamlet, toutes présentaient une forte réaction alcaline due à l'existence de mono- di- et triméthylamine. Les conserves de sardines à l'huile ne peuvent amener des intoxications que si elles ont été préparées avec de l'huile d'olives falsifiée ou rance qui corrode le métal.

La teinte noirâtre de l'intérieur des boîtes est le plus souvent inoffensive, car elle tient à la formation de sulfure d'étain par l'action du soufre de l'albumine sur les parois du récipient. J. B.

I. — Ueber die Pennetier'sche Methode zum Nachweis des Margarins in der Butter, par A. PIZZI (*Chem. Zeit., XVII, et Hyg. Rundsch., III, n° 10, p.* 470, 15 *mai* 1893).

II. — Eine Modifikation der Reichert-Meissl'schen Methode der Butterprüfung auf Margarine, par J. PINETTE (*Ibidem, n°* 13, *p.* 613, 1er *juillet*).

III. — Zur Kreis'schen Modifikation der Reichert-Meissl'schen....., par A. PRAGER et J. STERN (*Ibidem, p.* 614).

IV. — Ueber die Verseifung von Fetten mit koncentrirter Schwefelsaeure, par P. SCHATZMANN et H. KREIS (*Ibidem*).

I. — Pour rechercher la présence de margarine dans du beurre, Pizzi a employé la méthode de Pennetier. Il écrase entre deux lamelles de verre une petite quantité de beurre, place sur cette préparation transparente une feuille de sélénite de 1/5 mm et l'examine sous le microscope polarisant avec un prisme de Nicol croisé. Quand le beurre est pur, le champ du microscope est à peine granuleux et apparaît d'une teinte uniforme rougeâtre ou bleu violet. Quand il s'agit de margarine ou de beurre falsifié avec cette graisse, on voit des granulations ayant les couleurs de l'arc-en-ciel. Le beurre fondu se comporte comme la margarine, ce qui restreint les applications de cette méthode de recherche. Les mélanges de beurre avec 5 0/0 de borate, de salicylate ou de carbonate de soude, avec des sucres de lait ou de raisin, avec de la fécule, donnent comme la margarine des phénomènes colorés.

II. — Les deux principaux reproches faits à la méthode de Reichert et de Meissl sont l'ennui de la saponification par la potasse alcoolique avec la formation si redoutée d'éther et la difficulté de chasser complètement l'alcool. Pinette a cherché à y remédier en saponifiant la graisse du beurre à l'aide d'acide sulfurique concentré. La même idée était déjà venue à Kreis, mais son procédé, expose au dégagement d'acide sulfureux. Pinette évite cet inconvénient en oxydant l'acide sulfureux par le permanganate de potasse, ainsi qu'il suit : Il ajoute à 5 grammes de graisse de beurre fondue et filtrée, qu'il agite sans relâche, 10 centimètres cubes d'acide sulfurique concentré ; la graisse se dissout en prenant une coloration brune claire et l'acide sulfureux se dégage. Quand le mélange est clarifié, il l'additionne de 150 centimètres cubes d'eau et d'une quantité de liqueur concentrée de permanganate de potasse, suffisante pour que la couleur rouge ne disparaisse pas immédiatement en agitant, puis il en distille 110 centimètres comme dans la méthode de Reichert et de Meissl. Ce procédé modifié permet de déceler de plus faibles quantités de margarine.

III.— Prager et Stern, qui font au procédé de Kreis le même reproche que Pinette, l'ont modifié de la manière suivante : dans un matras de 1 litre, on place 5 grammes de graisse de beurre et 10 centimètres cubes d'acide sulfurique concentré. La solution claire est maintenue 10 minutes à la température de 30 à 32° C., en imprimant un mouvement

de rotation au matras. Quand elle est refroidie, on chasse l'acide sulfureux par un courant d'air, jusqu'à ce que l'odeur n'en soit plus appréciable, puis on ajoute, en agitant, 100 centimètres cubes d'eau, on fait passer pendant 10 minutes, à travers le liquide, de l'acide carbonique qu'on expulse ensuite avec de l'air. Pour le reste, on procède comme dans la méthode originale.

IV. — Schatzmann et Kreis se défendent contre les reproches de Pinette et de Prager et Stern ; ils repoussent comme inexacte la modification de Pinette. D'après eux, la saponification par l'acide sulfurique concentré fournit des résultats excellents, pourvu que l'acide contienne exactement 91,53 0/0 de H^2SO^4. Ils donnent le moyen chimique d'apprécier le degré de concentration de l'acide. J. B.

I. — Mesures sanitaires à prendre contre la tuberculose des bovidés, par EBER et JOHNE (*Zeitschr. f. Fleisch- und Milch-Hyg.*, *III*, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 7, *p.* 320, 1er *avril* 1893).

II.—Eine Tuberkulose-Uebertragung durch Milch, par PRUEMERS (*Ibid.*, *p.* 323).

I. — *Mesures de police vétérinaire* : Inoculation obligatoire, sous le contrôle des vétérinaires officiels, de tous les bovidés avec la tuberculine afin de découvrir les animaux tuberculeux. Désignation des bêtes tuberculeuses par une marque au fer sur la corne. Abatage des bêtes malades dans un délai fixé, sous peine de perte de l'indemnité. Désinfection des stalles. Isolement des bêtes tuberculeuses. Interdiction de leur élevage et de leur vente sauf pour être abattues. Défense d'alimenter les animaux sains avec les déchets crus de laiterie provenant des bêtes malades. Destruction efficace des cadavres d'animaux tuberculeux et des parties qui en viennent.

Mesures de police sanitaire : A. *Lait.* Exclusion de la consommation humaine du lait cru des animaux atteints ou suspects de tuberculose. Son emploi, une fois cuit, à l'alimentation des bêtes. Prohibition d'en préparer des produits quelconques. Inoculation avec la tuberculine de toute vache nouvelle dans les vacheries ; exclusion de toutes celles dont la température s'élève d'au moins 1° centigrade à la suite de cette inoculation.

B. *Viande : a*) La viande de bêtes tuberculeuses doit être admise sans restrictions, si la maladie est puremant locale, si les parties malades sont faciles à enlever, l'état de la nutrition bon et la viande de qualité irréprochable.

b) Cette viande, au contraire, doit être détruite quand la tuberculose a déjà amené un amaigrissement tel que la viande a un aspect répugnant, quand il se trouve des foyers tuberculeux dans la viande même ou dans les ganglions qu'elle renferme, quand enfin l'animal tuberculeux avait la fièvre et présente les lésions de la tuberculose miliaire aiguë par embolie, quel que soit d'ailleurs son état d'embonpoint.

c) Cette viande ne peut être vendue qu'après déclaration, à l'étal de basse boucherie : 1° à l'état cru, si malgré une tuberculose avancée et étendue, il n'y a ni phénomènes de généralisation de la maladie ni amaigrissement considérable et qu'au surplus la viande n'a pas l'aspect répugnant ; 2° à l'état cuit seulement, dans les deux cas suivants : quand

malgré la tuberculose généralisée, il n'y a de foyers ni dans la viande, ni dans les ganglions qu'elle renferme, que les organes tuberculeux peuvent sûrement être enlevés et que la viande n'offre pas une maigreur repoussante ; de même quand la tuberculose n'étant pas généralisée, la viande ni très maigre ni d'aspect répugnant, les foyers tuberculeux sont ramollis et ont subi la fonte purulente.

II. — Le compte rendu de la police vétérinaire prussienne contient la communication suivante de *Pruemers :*

Dans une famille, 3 enfants ont succombé à l'âge de 3 ans à la tuberculose bien que leurs parents et leurs grands-parents fussent en parfaite santé ; ces enfants avaient été nourris avec le lait d'une vache qu'on croyait absolument saine et à qui on donnait une alimentation spéciale. Après l'abatage, on reconnut que cette bête était profondément tuberculeuse. J. B.

Extrait du rapport sur l'examen des denrées alimentaires..... dans le canton de Berne, par SCHAFFER (*Rev. intern. des falsif., VI*).

Schaffer demande qu'on adjoigne toujours, à l'analyse chimique des vins, leur examen bactérioscopique, parce que la plus ou moins bonne conservation de ce liquide dépend essentiellement de sa teneur en microorganismes. En général, les vins artificiels contiennent seuls des bactéries, jusqu'à 136,000 par centimètre cube; dans les vins naturels, la présence de microbes tient à un défaut de propreté dans leur préparation, notamment à l'état sale des récipients. Si la plupart des vins italiens se conservent mal, cela est dû précisément à leur richesse en microorganismes. J. B.

L'oxyde jaune de mercure dans l'analyse des vins, par A.-J. FERREIRA DA SILVA (*Revue internat. des falsif., IV*).

Pour déceler la coloration artificielle des vins à l'aide des couleurs du goudron, Cazeneuve a préconisé l'oxyde jaune de mercure. Or, d'après Ferreira, des vins rouges portugais tout à fait naturels, traités par le réactif de Cazeneuve, fournissent un filtrat coloré comme les vins fuchsinés. J. B.

Kritische Studie über den Nachweis von Obstwein im Traubenwein, par W. SEIFERT (*Zeitschrf. f. Nahrungsm.-Unters. und Hyg., VI, et Hyg. Rundsch., II*, 944).

Critique des diverses méthodes proposées pour déceler la présence de cidre ou de poiré dans le vin de raisin. Sennex a avancé que la proportion de potasse du tartre forme plus de la moitié de la totalité de la potasse du vin de raisin, tandis que le vin de fruits ne renferme pas de tartre. Seule la dernière partie de cette assertion est exacte.

On ne peut davantage compter sur la méthode de recherche de Tuchschmidt, basée sur ce que, dans les cendres des vins de fruits, la teneur en carbonate calcaire oscille entre 0,22 et 0,4 0/0, tandis que dans le vin de raisin, elle est beaucoup moins considérable, à savoir de 0,021 à 0,049 0/0 .

Les recherches de Seifert confirment en revanche celles de Lechartier sur la constitution des cendres du cidre qui sont formées de 80 à 92 0/0 d'éléments minéraux solubles dans l'eau et d'au moins 50 0/0 de sels de potasse. Le potassium est en majeure partie combiné à des acides organiques, tandis que les chlorures et les sulfates ne se trouvent qu'en quantité insignifiante. La teneur en acide phosphorique varie de 4,3 à 10 pour cent.

D'après Seifert, on peut, pour les cendres du vin de fruits, accepter une répartition semblable des éléments constituants, à la seule condition de substituer au tartre le malate de potasse.

Il est indubitable que le vin de fruits est caractérisé par l'absence de tartre et d'acide tartrique. Mais il ne faut pas oublier que dans les vins de raisins fortement plâtrés ou malades, le tartre peut aussi disparaître. On ne possède donc pas encore actuellement de moyen certain pour déceler la présence du vin de fruit dans le vin de vigne. J. B.

Ueber die Säuren im Biere und deren Bestimmung, par PRIOR (*Bericht über Xe Versamml. der freien Vereinig. Bayer. Vertreter angew. Chemie, et Hyg. Rundsch., III, n° 9, p.* 415, 1er *mai* 1893).

A la suite de Pasteur, on admettait généralement que l'acidité de la bière tient essentiellement aux acides succinique, lactique et acétique et à un acide de fermentation « inconnu ». Lermer y avait ajouté les acides contenus dans le malt. Aussi se bornait-on à rechercher l'acidité totale de la bière en la titrant et en la calculant en acide lactique. A l'aide d'une distillation par la vapeur d'eau, on séparait de la bière suspecte d'acidification les acides volatils et on les calculait en acide acétique. Ce dernier ne devait se trouver qu'à l'état de traces dans la bière normale, non altérée. Le travail d'Ott (*Zeitschr. f. ges. Brauw.*, 1884) a apporté un nouveau jour dans la question de l'acidité de la bière et des liquides fermentés en général, en montrant qu'il est impossible de neutraliser réellement la bière parce que, sous l'addition de la soude caustique, la bière prend une réaction indifférente due à la formation de phosphates secondaires aux dépens des primaires. La réaction acide d'une bière normale dépend surtout des phosphates primaires et seulement pour une faible part des acides libres (lactiqu et acétique).

Pour doser les acides dans la biere, Prior est parti du principe consistant à séparer les phosphates des acides libres. Il y parvient en distillant d'abord les acides volatils à 40 ou 50° dans un vide relatif et en traitant les acides organiques fixes restant dans le résidu par un mélange d'alcool et d'éther. Après avoir chassé le dissolvant, on dose ces acides avec l'alcali normal au 1/10. La portion insoluble dans le mélange d'alcool et d'éther renferme les phosphates acides qu'on titre également avec l'alcali. On se sert comme indicateurs pour les acides organiques volatils et fixes de phénolphtaléine et pour les phosphates acides, d'un mélange de 20 centimètres cubes d'eau, de 6 à 7 gouttes de liqueur de phénolphtaléine et de 0,3 centimètre cube d'alcali normal au 1/10. Une goutte de cette phénolphtaléine rouge est décolorée par l'addition de 1 ou 2 gouttes d'une solution ne renfermant que des traces de phosphate primaire, tandis qu'elle conserve sa couleur

rouge lorsque la totalité du phosphate primaire est transformée en secondaire.

Le même procédé peut servir à titrer tous les liquides contenant des phosphates primaires, par exemple les bouillons pour cultures microbiennes. J. B.

I. — Epuration des eaux d'égout par le sulfate ferrique, par A. et P. BUISINE (*C. R. Acad. Sc., CXV*).

II.— Die Desinfektion der städtischen Abwaesser mit Kalk, par PFUHL (*Zeitschr. f. Hyg. und Infektionskr., XII, et Hyg. Rundsch., III, n° 9, p.* 403, 1er *mai* 1893).

I. — Le sulfate de fer, très apte à épurer les eaux industrielles, peut être obtenu à bon marché par le traitement des pyrites qui ont servi à fabriquer l'acide sulfurique. L'épuration des eaux d'égout par la chaux a de graves inconvénients et ne remplit qu'imparfaitement le but, car elle n'enlève que les matières en suspension et les graisses, en laissant la presque totalité des substances organiques dissoutes. De plus, les eaux ainsi épurées ont une odeur désagréable et une réaction alcaline. Enfin, l'épuration par la chaux donne lieu à des boues volumineuses dont on ne sait comment se débarrasser.

Les expériences de A. et P. Buisine ont été faites à Grimopont, établissement où l'on épure les eaux des centres industriels de Roubaix et de Tourcoing.

Voici le résultat des essais portant sur l'épuration de 20,000 mètres cubes d'eau en 24 heures :

	EAU RECUEILLIE LE MATIN			EAU RECUEILLIE LE SOIR		
	Eau sale.	Eau épurée avec 4 kilogr. de chaux éteinte par mètre cube.	Eau épurée avec 1 kilogr. de sulfate de fer par mètre cube.	Eau sale.	Eau épurée avec 1k,5 de chaux éteinte par mètre cube.	Eau épurée avec 0k,4 de sulfate de fer par mètre cube.
Résidu sec par litre...	5,75	3,70	2,10	3,20	1,65	1,06
Résidu minéral........	1,95	2,90	1,80	1,60	0,99	0,91
Matières grasses.......	2,08	0,00	0,00	0,72	0,00	0,00
Subtances organiques dissoutes par litre (calculées en acide oxalique cristallisé)..	1,35	1,20	0,22	1,10	0,86	0,12
Alcalinité par litre (calculée en oxyde de chaux).............	»	0,80	neutre	»	0,26	neutre
Poids du sédiment sec, par litre............	»	6,96	4,29	»	3,03	1,90

Ces expériences comparatives établissent donc la supériorité du sulfate ferrique sur la chaux.

Les boues que laisse le traitement des eaux d'égout par le sulfate de fer sont riches en graisse et en matières azotées. Les matières grasses

peuvent en être extraites par le sulfure de carbone, et trouver leur emploi dans les fabriques de savon et de stéarine, tandis que le résidu azoté à 3 0/0 peut être utilisé comme engrais. 100 parties de boue renferment 30 parties de graisse et 18,47 parties de substance organique azotée. L'efficacité du sulfate ferrique repose sur sa décomposition par les sels des métaux alcalins et des terres alcalines. L'oxyde de fer qui prend alors naissance précipite toutes les matières, minérales et organiques, contenues dans l'eau et entraîne les microbes dans le précipité.

II. — Il résulte des expériences de Pfuhl que, pour détruire d'une façon certaine les bacilles cholériques et typhoïdiques dans l'eau d'égout, il faut l'agiter une heure et demie avec 1 0/00 de poudre d'hydrate de chaux sèche, ou une heure avec 1,5 0/00. J. B.

I. — Ein neues Verfahren der Abwässer-Behandlung, par BL. (*Chem. Zeitung, XVI, et Hyg. Rundsch., III, n° 7. p.* 311, 1er *avril* 1893).

II. — Verunreinigung der Themse (*Centralbl. der Bauverwaltung*, 1892, *n°* 52, *et Hyg. Rundsch., III, n° 7, p.* 312, 1er *avril* 1893).

I. — Le procédé d'épuration des eaux d'égout de Scott-Moncrieff, qui est expérimenté à Hatfield, consiste à élever ces eaux sur des couches filtrantes composées de gravier et de coke, de façon à les aérer largement. Cet aérage a pour but de favoriser le développement des microorganismes aérobies qui, de leur côté, déterminent une oxydation rapide des substances organiques, ce qui a pour conséquence l'assainissement des eaux d'égout. Ces filtres fonctionnent mieux quand ils ont déjà servi un certain temps et sont remplis de microbes. On peut d'ailleurs inoculer les nouvelles couches filtrantes avec les matériaux d'un vieux filtre.

II. — Jadis, on envoyait à la Tamise, sans les épurer, les eaux d'égout de Londres au moment du début de la marée descendante. Mais les plaintes sur les exhalaisons et les dépôts de vases ont forcé le Parlement à exiger la séparation des matières fluides et des matières solides et une épuration des liquides. D'autre part, on ne trouve aux environs de Londres aucun sol propice à l'irrigation par les eaux d'égout. On a dû donc en revenir à un procédé de clarification. Les débouchés des collecteurs dans la Tamise se trouvent à Barking et à Crossness, à 20 kilomètres du centre de la ville. Des pompes y relèvent les eaux d'égout de 11 mètres. Le cube quotidien de ces eaux s'élève à 800,000 mètres, sans parler des eaux pluviales que les égouts ne peuvent contenir ; une pluie fournissant une colonne d'eau de 2 1/2 centimètres en une heure, rendrait 180 fois plus fort le débit du collecteur de Barking ; or, Londres a en moyenne 150 jours de pluie par an.

Au niveau des débouchés des collecteurs en Tamise, les eaux d'égout passent à travers un grillage qui retient les corps solides. Ceux-ci, formant 140 tonnes par semaine, sont brûlés dans des fours d'Hoffmann. La portion liquide est additionnée de sulfate de fer et de chaux qui précipitent les matières suspendues et dissoutes. Après ce traitement, les eaux, qui ne renferment plus par mètre cube que 30 grammes de matières en suspension, sont déversées dans le fleuve. Quant au sédiment précipité, qui forme 40,000 tonnes par semaine, il est pompé dans des bateaux qui vont le déverser à 80 kilomètres de distance, dans la mer du Nord.

J. B.

Sulla tossicita degli anaerobi dell terreno, par F. SANFELICE (*Annali d. Instituto d'Ig. sperim. d. R. Univ. di Roma, et Hyg. Rundsch., III, n°* 8, *p.* 334, 15 *avril* 1893).

Suite des recherches (*R. S. M.*, XLII, 70) sur les microorganismes du sol.

Parmi les anaérobies pathogènes qu'on rencontre dans la terre, c'est le virus tétanique qui est le plus énergique.

Si on injecte un animal simultanément avec le tétanos et l'œdème malin, la mort survient au milieu des symptômes du tétanos plus vite que dans l'infection tétanique seule ; et, à l'autopsie, ce sont les lésions de l'œdème malin qu'on constate.

Les choses se passent de la même manière dans une infection mixte par le tétanos et le charbon symptomatique.

Quand on inocule en même temps à un animal le charbon symptomatique et l'œdème malin, la mort est aussi plus rapide.

L'inoculation simultanée d'un cobaye avec des cultures d'anaérobies, les unes pathogènes, les autres non pathogènes, accélère également la mort de cet animal.

Une infection mixte avec les seuls anaérobies non pathogènes est inoffensive.

Lorsque le pseudo-bacille tétanique est cultivé sur un terrain nourricier, sur lequel avait crû précédemment du tétanos virulent, il acquiert des propriétés toxiques.

Dans les mêmes conditions, le pseudo-bacille de l'œdème malin et celui du charbon symptomatique deviennent virulents.

Lorsqu'on transplante des anaérobies non pathogènes sur des terrains nourriciers où ont été cultivés auparavant du charbon symptomatique ou de l'œdème malin virulents, ils ne deviennent pas pathogènes. J. B.

Ueber den Keimgehalt des Grundwassers in Dorpat und Brunnendesinfektions-Versuche, par S. BRATANOWICZ (*Thèse Dorpat*, 1892, *et Hyg. Rundsch., III, n°* 8, *p.* 335, 15 *avril* 1893).

Des observations prolongées ont appris à Bratanowicz qu'à Dorpat, la teneur en germes de la nappe aquifère souterraine est très considérable et sujette à de grandes oscillations.

Il s'est ensuite efforcé de rechercher les substances les plus aptes à faire disparaître ou au moins à diminuer énormément les microorganismes d'un puits. Il essaya tout d'abord les agents mécaniques, comme la craie, l'argile, le coke, le sable et le charbon de bois, puis ensuite les agents chimiques, tels que l'oxyde de magnésium, la chaux, l'alun, la pyoctanine et le peroxyde d'hydrogène.

Il a constaté que, par les agents mécaniques, on réussit à précipiter les microbes au fond de l'eau, mais que les résultats sont bien meilleurs si on y ajoute l'action des agents chimiques. Parmi ces derniers, l'alun, le lait de chaux, la pyoctanine et le peroxyde d'hydrogène se sont montrés les plus efficaces, sans qu'on puisse recommander exclusivement l'un d'eux, car aucun n'est capable de tuer la totalité des germes. J. B.

Ueber die Wirksamkeit der Desinfektionsmittel bei erhöhter Temperatur, par A. HEIDER (*Arch. f. Hyg., XV, et Hyg. Rundsch., III, n° 1, p.* 42, 1er *janvier* 1893).

Heider a étudié, pour les spores charbonneuses et le staphylocoque doré, l'influence qu'exerce sur l'énergie du pouvoir désinfectant l'emploi d'une température élevée (40 à 80°). Les agents antiseptiques expérimentés sont le sublimé, le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, le sulfate de cuivre, les acides phénique, sulfophénique et sulfurique, les alcalis caustiques, les carbonates alcalins, le crésol, le lysol, le solvéol, le solutol et la créoline. Dans la plupart des cas, il a constaté un notable accroissement du pouvoir désinfectant.

Heider s'est en outre livré à des expériences sur les meilleurs moyens de détacher le linge souillé de sang. Il recommande à cet effet le trempage à froid pendant 6 heures, suivi d'une ébullition pendant une demi-heure dans une solution de lysol de 1 à 3 0/0. J. B.

Die Schulheizung, ihre Maengel und deren Beseitigung, par E. HAESECKE (*Berlin*, 1893, *et Deutsche Viertelj. f. œff. Gesund., XXV, p.* 318).

Haesecke décrit, avec figures, les divers systèmes de chauffage employés dans les écoles de Hambourg, Leipzig, Berlin et Carlsruhe.

Après avoir exposé leurs avantages et inconvénients, il conclut que le système préférable pour les écoles est celui des poêles à gaz, tel qu'il fonctionne depuis de longues années à Carlsruhe. Ce chauffage ne nécessite aucuns soins spéciaux, il ne donne pas de fumée et peut être réglé aisément et presque instantanément. Il n'est guère plus coûteux que les poêles ordinaires et coûte infiniment moins à installer que les calorifères. En outre de sa simplicité, il présente encore comme avantages que les instituteurs peuvent surveiller le chauffage et la ventilation et en disposer selon les besoins. J. B.

Kan Desinfektion of boningsrum med sublimatloesning....., par John SJÖQVIST (*Hygiea*, 1892, *et Hyg. Rundsch., III, n°* 8, *p.* 370, 15 *avril* 1893).

Comme à Stockholm on désinfecte les logements à l'aide d'une solution de sublimé, Sjöqvist a entrepris un certain nombre de recherches pour voir s'il n'y avait pas là matière à intoxications possibles. Les désinfecteurs emploient en moyenne de 3 à 4 grammes de sublimé par pièce.

Il a reconnu que le sublimé est très difficilement volatilisable à la température de la pièce, et que les tentures d'une chambre désinfectée contiennent encore, au bout d'un an, une grande quantité de sublimé.

D'autre part, il a recherché le mercure dans les urines des habitants de sept des logements désinfectés, en pratiquant cet examen à plusieurs reprises; le temps écoulé depuis la désinfection variait entre 2 jours et 1 an. Il n'a trouvé de mercure que dans l'urine des habitants d'un seul logement occupé par deux personnes ; la quantité en était d'ailleurs insignifiante. J. B.

Die Krankheiten der Arbeiter in Theer-und Paraffinfabriken....., par HOFFMANN (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanit.*, 3e série, *V*, 358 *et VI*, 128; *avril et juillet* 1893).

Les affections professionnelles dans les fabriques de goudron et de paraffine sont devenues beaucoup plus rares et sont maintenant presque toujours bénignes. La fabrication du goudron donne lieu à des conjonctivites, à des dermatites (gale du goudron) et à des catarrhes gastriques. L'inhalation des gaz résultant des diverses opérations peut aussi entraîner des accidents.

La fabrication de la paraffine expose les ouvriers aux mêmes maux et accidents. Les idiosyncrasies individuelles jouent un rôle important dans la genèse des ophthalmies et des dermatoses.

Les affections professionnelles constituent le 1 1/2 pour cent des maladies observées parmi les ouvriers en goudron et en paraffine. D'après Grotowsky, la durée moyenne de leur vie est de 46 ans 3 mois. Au point de vue prophylactique, il y a lieu de recommander les opérations en vases clos, la distillation par le vide, la combustion ou l'entraînement au dehors des gaz produits, une large ventilation des ateliers, etc. Contre les éruptions spécifiques, qui peuvent se transformer en épithéliomes (R. S. M. V. 200 ; VIII, 577), ce sont les soins de propreté qui sont le point le plus important. Chaque usine devra donc avoir des bains auxquels les ouvriers se rendront obligatoirement, au moins une fois par semaine, munis de savon ; en outre les ouvriers laisseront leurs vêtements de travail à la fabrique.

On lira dans l'original les détails des opérations industrielles et des moyens déjà mis en œuvre pour assainir cette industrie. (*R. S. M.*, VIII, 575 ; XXXII, 504). J. B.

Sanitaets-Bericht von Görz-Gradisca und Istrien für die Jahre 1885-1889, par Ad. BOHATA (*Broch. Trieste*, 1891, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 155)

Dans les deux provinces autrichiennes de Göritz-Gradisca et d'Istrie la pellagre et la fièvre intermittente sont endémiques.

La *pellagre* était peu connue jusqu'en 1881 ; depuis lors elle s'est étendue et, dans son siège principal, le district de Cervignano, elle atteint 12 pour 1000 des habitants. Les femmes sont plus souvent prises que les hommes. On ne constate ni hérédité ni transmission de la maladie qui est une intoxication chronique résultant d'une alimentation exclusive ou presque exclusive avec du maïs avarié, sous forme de polenta, aidée de l'action de l'impaludisme et de l'abus d'alcool.

L'Etat est déjà intervenu pour améliorer les logements et faire construire des fours et des puits. Bohata réclame en outre des cuisines populaires et un établissement spécial pour recueillir les pellagreux. (*R. S. M.*, XXXI, 171.)

L'*impaludisme*, dans le comté de Göritz-Gradisca, est limité au littoral, spécialement à Aquileja, où il atteint de 16 à 22 0/0 de la population. Mais il sévit en revanche sur toute la péninsule de l'Istrie et sur les îles du Quarnero ; il est particulièrement fréquent dans le port militaire de Pola et aux environs. Dans la population civile, on y comptait, en 1879, 254 pa-

ludéens sur 1,000 habitants ; en 1886, encore 107,5 ; dans les dernières années, on n'en compte que 30 à 40 pour 1,000. La population militaire, et surtout la marine, est encore plus décimée : en 1879, 480 malades sur 1,000 hommes d'effectif ; en 1886. 172, et depuis lors de 119 à 142.

Bohata confirme la rareté relative des décès par tuberculose dans les régions paludéennes. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Manuel de pathologie interne, par DIEULAFOY (9e *édit.*, *in*-16, *Paris*, 1894).

En moins de dix ans, ce manuel, un des premiers du genre, est arrivé à sa septième édition; mais de petit manuel, il est devenu un véritable traité de médecine. Il lui faudra bien peu d'additions pour en faire un diminutif de la grande encyclopédie publiée à la même librairie, mais alors plus pratique et tout à fait à la portée des étudiants. Tel quel, avec les limites étroites assignées par le cadre de l'ouvrage, il nous semble parfait et malgré la concision nécessaire, l'auteur ne perd rien de ses qualités maîtresses, la précision et l'élégance de la forme. Les chapitres classiques ont été notablement augmentés et on en trouvera de nouveaux consacrés à l'étude de la syringomyélie, de l'acromégalie, de la maladie de Thomsen, de la syphilis nasale et de diverses maladies générales. Peut-être pourrait-on désirer une part un peu plus large à la thérapeutique; ce sera pour la prochaine édition. A. CARTAZ.

L'hérédité normale et pathologique, par André SANSON (1 *vol. in*-8e *de* 431 *p.*, *Paris*, 1893).

L'auteur résume dans ce livre les données que lui a fournies sur l'hérédité ses longues études de zootechnie.

L'hérédité est, pour lui, la transmission par voie de génération sexuelle des propriétés ou qualités naturelles ou acquises des ascendants.

Il y a 3 modes d'hérédité : l'hérédité individuelle, l'hérédité de famille ou consanguinité et l'hérédité de race ou atavisme.

L'hérédité individuelle n'est pas niable, mais toutes les qualités acquises ne se transmettent pas aux descendants ; elles ne semblent se transmettre que quand elles portent d'une manière persistante ou intense sur une fonction ou un appareil important. Au nombre des manifestations de l'hérédité individuelle est le sexe : de ses recherches l'auteur conclut que le sexe dépend de la vigueur propre des reproducteurs au moment de la fécondation, le plus vigoureux transmettant son sexe au produit de conception.

L'hérédité de famille ou consanguinité n'a pas l'influence délétère qu'on lui attribue généralement : des troupeaux très forts descendent d'un couple unique; l'hérédité de famille peut aussi bien transmettre des qualités, qu'elle accentue, que des défauts qu'elle exagère ; lorsqu'elle

se répète, elle prend le pas sur les autres modes d'hérédité et produit avec constance des individus remarquablement doués.

L'hérédité de race, ou atavisme, dont on a exagéré singulièrement le rôle, ne transmet que des caractères spécifiques, ceux dont l'ensemble constitue le type naturel de la race : ces caractères portent exclusivement sur le squelette et plus spécialement sur le crâne et le rachis ; lorsque le croisement les a modifiés, l'atavisme les reproduit. L'atavisme de famille, qui ne porte que sur les caractères acquis individuellement, ne se montre que dans un petit nombre de générations. L'imprégnation de la mère, qui se rattache à l'atavisme, est un fait inadmissible.

Les 3 modes d'hérédité peuvent diverger ou converger dans un cas donné : s'ils sont divergents, leurs résultats sont très difficiles à prévoir, et leur interprétation, comme leur prévision, demande des renseignements très précis sur les individus et sur leur famille ; lorsqu'ils sont convergents, l'hérédité est infaillible.

Dans les chapitres relatifs à l'hérédité pathologique, il convient surtout de signaler ceux où l'auteur étudie l'hérédité des affections nerveuses et où, niant l'hérédité de transformation, il s'attache à prouver que l'on ne peut admettre l'existence de la famille névropathique, telle qu'on la comprend aujourd'hui, chacune des deux classes de maladies nerveuses à lésions et de névroses, pouvant d'ailleurs être transmise à la descendance. A signaler également l'importance exagérée que l'auteur accorde à l'hérédité syphilitique, tellement à redouter qu'il déconseille formellement et dans tous les cas le mariage des syphilitiques.

GEORGES THIBIERGE.

Multiple Hirnnervenlähmung..... (Paralysie cérébrale multiple, entérite membraneuse), par M. ROTHMANN (*Zeitschr. für klin. Med., XXIII, p.* 326).

Femme de 36 ans, céphalée droite. Deux mois après paralysie de l'abducteur de l'œil droit et ptosis. Augmentation de la céphalée. Diminution de l'ouïe à droite. Au bout de cinq mois, ophtalmoplégie totale et double cécité complète, diminution bilatérale de l'ouïe, parésie des première et deuxième branches du trijumeau droit, exophtalmie double, tuméfaction de la région temporale, paralysies multiples, paralysies des deux hypoglosses, polyurie, polydipsie constipation opiniâtre suivie d'entérite membraneuse ; issue d'une tumeur par la fosse nasale droite. Morte au milieu d'attaques convulsives.

L'autopsie révéla la présence d'un carcinome de la base du cerveau avec mésastases nasales, orbitaires, temporales.

Voici les conclusions de R. L'entérite membraneuse siège dans le colon. Elle est due à une sécrétion augmentée des cellules caliciformes des utricules glandulaires. Cette augmentation paraît due à la stagnation des sécrétions que provoque la constipation habituelle. Comme suite on observe une légère inflammation muqueuse. Les masses éliminées sont uniquement formées de mucus.

A. F. PLICQUE.

On a case of polioencephalomyelitis without any anatomical lesions, par DRESCHFELD (*Brit. med. j., p.* 176, 22 *juillet* 1893).

Femme de 36 ans. 15 ans auparavant, première atteinte de paralysie oculaire passagère, qui se répète cinq ans plus tard, sous forme d'un double ptosis : simultanément, difficulté dans la parole et la déglutition, qui per-

siste plusieurs années. Cinq semaines avant son admission, ophtalmoplégie aggravée, affaiblissement rapide des membres supérieurs et dyspnée. Pas de troubles cérébraux, ni de désordres des sens : la pupille oculaire est normale; la paralysie porte exclusivement sur l'appareil musculaire du globe. Il y a également paralysie du nerf masticateur et parésie du nerf facial, ainsi que de l'hypoglosse et du facial ; en un mot, le syndrôme de la paralysie glosso-labiolaryngée. La mort survint en quelques semaines par paralysie du diaphragme. L'autopsie faite avec le plus grand soin, au point de vue macroscopique et microscopique, fut absolument négative. H. R.

Acute hämorrhagische Encephalitis, par EISENLOHR (*Deutsche med. Wochens.*, *n°* 47, *p.* 1065, 1892).

Ce cas se rapproche de la poliencéphalite supérieure aiguë hémorragique de Wernicke, bien que, dans cette dernière, il y ait évolution moins rapide (10 à 15 jours) et paralysie associée des muscles des yeux coïncidant avec l'intégrité de l'iris.

Homme de 54 ans, alcoolique, atteint, en novembre 1891, de broncho-pneumonie et de delirium tremens. En février 1892, on remarque chez lui un affaiblissement intellectuel persistant. Le 5 mars, vertiges, vomissements, marche hésitante sans paralysie proprement dite; pas d'hyperesthésie, pas de symptômes oculaires.

Le 6 mars, résolution des membres, état soporeux, dilatation de la pupille gauche, exophtalmie de ce côté ; pupille normale. Le soir, mydriase à droite et déviation de l'œil droit en dehors. Rien à l'ophtalmoscope. Mort le 7 mars, au matin.

Pachyméningite hémorragique interne ; fausses membranes délicates et hémorragies récentes en grand nombre. Les artères de la base sont saines.

Autour des ventricules latéraux et de l'aqueduc de Sylvius, nombreux foyers hémorragiques variant du volume du pois à celui de la tête d'épingle, distribués à peu près symétriquement, soit à la surface de l'épendyme, soit dans l'intérieur de la masse grise de la couche optique. Ils sont particulièrement nombreux au-dessous des tubercules quadrijumeaux. Ramollissement et coloration hortensia des couches optiques, des tubercules quadrijumeaux, du pont de Varole, des pédoncules. Près de la corne inférieure du ventricule latéral droit, un foyer de ramollissement du volume d'une cerise. Un autre foyer non ramolli à gauche, en dehors du noyau lenticulaire, avec des hémorragies capillaires.

Le foyer ramolli présente une destruction de la substance nerveuse ; pas de cellules granuleuses; granulations graisseuses des petits vaisseaux. Pas d'anévrismes miliaires. L. GALLIARD.

Intracranial lesions with visual defects, par C.-S. BULL (*New York med. journ.*, *p.* 393, 8 *octobre* 1892).

Dans ces cinq observations, la cause des désordres oculaires a été vérifiée anatomiquement :

1° Femme de 50 ans, neurasthénique, atteinte de convulsions répétées et d'amblyopie de l'œil gauche d'abord, puis de l'œil droit. Atrophie du nerf optique au premier degré en 1886, s'aggravant jusqu'en 1890. A l'autopsie, pachyméningite au niveau de la convexité de l'hémisphère cérébral gauche (surtout le lobe antérieur), du lobe antérieur droit, et du lobe pariétal droit. Epaississement des artères de la base. Rien aux tractus optiques et au chiasma. Pas d'hémorragie cérébrale.

2° Homme de 34 ans, souffrant de céphalalgie intense, ayant ensuite du

vertige et des convulsions. Atrophie rapide des nerfs optiques. Autopsie: sarcome englobant le chiasma, les nerfs optiques à leur origine et l'hypophyse. Pas d'autre lésion.

3° Homme de 37 ans, atteint d'anosmie et d'hémianopsie droite bilatérale; syphilis datant de 13 ans. Pas d'hémiplégie ni d'hémianesthésie. Pas de convulsions. Sarcome à petites cellules, gros comme une olive, siégeant près de la base du lobe occipital gauche, au voisinage de la ligne médiane. Atrophie des lobes olfactifs et des nerfs olfactifs. Pas d'autre lésion.

4° Femme de 72 ans présentant de l'athérome de toutes les artères cérébrales, une thrombose récente de la sylvienne gauche, un foyer de ramollissement dans le lobe frontal gauche. En outre, on constate à droite une tumeur (sarcome à petites cellules) développée dans le tractus optique du côté droit. Rien à l'ophtalmoscope. Hémiplégie droite partielle. Hémianopsie gauche bilatérale. Céphalalgie violente.

5° Glio-sarcome du lobe droit du cervelet, au voisinage du pédoncule, de forme arrondie, mesurant un pouce dans son plus grand diamètre, chez un homme de 35 ans. Céphalalgie, vertige, diplopie, paralysie des droits externes; hémorragies rétiniennes, surtout à droite. L. GALLIARD.

Ueber latente Hirnheerde (Sur des foyers cérébraux latents), par G. SCHMID (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol.*, *CXXXIV*, 1).

Schmid relate 29 cas où des foyers de ramollissements cérébaux n'ont donné lieu à aucun symptôme pendant la vie. Ces foyers avaient leur siège dans les régions les plus diverses du cerveau (capsule interne, corps strié, couche optique, centre semi-ovale, hypophyse, plexus choroïde, etc.).

Ces observations montrent que les lésions qui restent latentes sont produites le plus souvent par des maladies chroniques. Celles-ci aboutissent à un foyer de ramollissement qui reste stationnaire ou bien se transforment en un kyste. Certaines tumeurs du cerveau à évolution lente peuvent également ne déterminer aucun symptôme. ÉD. RETTERER.

Sur un cas de surdité verbale pure, par P. SÉRIEUX (*Revue de médecine*, 10 *août* 1893).

Surdité verbale pure partielle, ayant débuté, six ans auparavant. Absence complète de cécité verbale, d'aphasie motrice, d'agraphie, otite droite ancienne; intégrité de l'ouïe du côté gauche. Perte de la compréhension du langage parlé avec persistance de la compréhension de certains mots. Amnésie musicale; impossibilité de reconnaître et de chanter certains airs. Surdité psychique incomplète; difficulté de distinguer le sifflement, les chants des oiseaux de la voix humaine. Ecriture sous dictée défectueuse; certains mots seulement sont entendus et transcrits correctement; l'ensemble est inintelligible. Pas d'autres troubles de la parole spontanée qu'un léger degré de paraphasie et d'amnésie verbale, troubles correspondants de l'écriture spontanée. Pas d'écholalie. Compréhension partielle du langage écrit. Vision mentale normale. Mémoire et intelligence suffisamment conservées.

Marche progressive des symptômes. Ictus cérébral. Surdité verbale complète; écriture sous dictée complètement inintelligible. Lecture à haute voix possible, mais le plus souvent sans compréhension du texte lu. Langage et écriture spontanés plus incorrects. Pas de paraphasie. G. GIRAUDEAU.

Contribution à l'étude de la tuberculose méningée de l'adulte, par BOIX (*Rev. de médecine, mai* 1893).

Ce mémoire est basé sur l'observation d'un homme de 34 ans chez lequel la maladie débuta par du trismus isolé, ultérieurement la mort survint au milieu de phénomènes tétaniformes. Aussi Boix propose-t-il de décrire une forme tétanique de la méningite de l'adulte qu'il importe de ne pas confondre avec le tétanos. D'après l'auteur le centre cortical des muscles masticateurs, peu excitable par les moyens mécaniques, est très sensible aux poisons tétanigènes (tétanos, tuberculose).

C. GIRAUDEAU.

Paralysie glosso-laryngée pseudo-bulbaire avec autopsie, par SACAZE (*Revue de médecine, p.* 841, 10 *septembre* 1893).

Homme de 62 ans atteint d'hémiplégie et d'hémichorée gauche datant de 3 ans. Aphasie motrice complète avec aphonie remontant à 3 mois. Dysphagie, paralysie partielle de la langue et du voile du palais. Pas de cécité ni de surdité verbale. Pas d'agraphie.

Autopsie : foyers de ramollissement dans chaque hémisphère. A droite, ce foyer occupait : 1° la partie supéro-antérieure de la portion externe du noyau lenticulaire ; 2° les quelques faisceaux voisins de la capsule interne, jusque près de l'angle externe du ventricule latéral. En somme, rien de bien particulier de ce côté.

A gauche, il existait deux petits foyers de ramollissement : 1° l'un lésant la capsule interne dans la portion postérieure de son segment antérieur, le noyau caudé et le noyau lenticulaire ; 2° l'autre siégeant dans la partie postéro-supérieure de la couche optique.

L'auteur croit que la lésion tenant sous sa dépendance la paralysie du larynx est celle qui siégeait sur la portion postérieure du segment antérieur de la capsule interne. C'est par là que passeraient les fibres nées du pied de la troisième circonvolution frontale, siège, d'après Horsley, des mouvements du larynx. C. GIRAUDEAU.

I. — Sur un cas d'agraphie motrice suivie d'autopsie, par J.-B. CHARCOT et A. DUTIL (*Mém. de la Soc. de biol.*, 1er *juillet* 1893).

II. — Remarques à propos de la communication précédente, par J. DEJERINE (*Ibid.*, 1er *juillet* 1893).

I. — Voici les conclusions de ce travail. Il existe à côté de l'agraphie d'origine sensorielle (par destruction du centre de vision verbale ou interruption des fibres de communication qui relient ce centre au centre moteur du membre supérieur), une *agraphie motrice*. Cette forme d'agraphie est au langage écrit ce que la logoplégie par lésion de la circonvolution de Broca est au langage parlé. Elle peut être définie : l'amnésie des mouvements coordonnés pour l'écriture. Conformément à l'opinion soutenue par Exner et Charcot, le centre de coordination des mouvements spéciaux pour l'écriture doit, selon toute vraisemblance, être localisé dans l'extrémité postérieure du pied de la deuxième circonvolution frontale de l'hémisphère gauche.

II. — L'auteur conteste l'existence d'un centre spécial pour le mouvement de l'écriture. On n'a pas démontré non plus l'existence d'une agraphie motrice isolée, véritablement pure à lésion spéciale. DASTRE.

Mielite cronica trasversa bulbare, par G. MIRTO (*Giorn. della Assoc. napoletana di medici e natural.*, *p.* 290, 1893).

Homme de 30 ans, ayant eu une parésie suivie de paralysie des membres du côté gauche, consécutive à un traumatisme violent ; au bout d'un certain temps, la motilité a été recouvrée avec rigidité du membre inférieur et contracture permanente active avec atrophie notable du membre supérieur; pas de troubles cérébraux ou bulbaires; au bout de 7 ans, attaque apoplectiforme ayant duré 2 heures et suivie de parésie des membres du côté droit avec léger trouble de la parole; au bout d'une heure, convulsions cloniques et toniques de la tête et des membres; quelques jours après, les convulsions diminuèrent, il resta une parésie spasmodique avec extension des membres inférieurs, les troubles de la parole disparurent ; mort trois mois plus tard par broncho-pneumonie.

A l'autopsie, quelques adhérences de la pie-mère au niveau du bulbe, dont le collet est un peu atrophié et induré. Au microscope, foyer de myélite transverse au niveau de l'entrecroisement des pyramides, dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux direct et croisé, de nombreuses fibres situées en dehors des faisceaux pyramidaux, surtout le long du faisceau cérébelleux direct et du faisceau de Gowers, et de quelques fibres des cordons postérieurs, surtout dans les cordons de Goll; dégénérescence ascendante de la partie supérieure des cordons postérieurs, s'étendant aux cordons cunéiformes et aux cordons de Goll, des faisceaux pyramidaux, des faisceaux fondamentaux du cordon antérieur, des faisceaux cérébelleux et des racines ascendantes du trijumeau. GEORGES THIBIERGE.

Discussion de la Société de psychiatrie sur les formes insolites de syringomyélie (*Berlin. klin. Wochens. n°* 27, *p.* 657, 3 *juillet* 1893).

Discussion suscitée par le travail d'Oppenheim sur la gliomatose tabétique. (*R. S. M.* XLII, 152.)

Remak déclare que depuis qu'il a signalé l'existence d'un œdème des membres supérieurs dans la syringomyélie (*R. S. M.* XXXIV, 111), il a, à l'aide de ce signe, pu diagnostiquer 7 cas de cette affection. La justesse de son opinion, que cet œdème dépend d'une lésion de la corne postérieure du même côté, a été confirmée anatomiquement par Rossolimo (*R. S. M.* XXXVI, 515). Il a eu de nouveau l'occasion de reconnaître que la sensibilité pour le froid est moins atteinte que celle pour la chaleur.

Il est des cas de syringomyélie où, malgré l'état avancé de l'atrophie musculaire, l'affaiblissement de la sensibilité est assez peu marqué pour qu'on ait besoin de le rechercher.

Bernhardt a observé 2 cas de syringomyélie remarquables, l'un par l'atteinte des nerfs bulbaires et l'existence d'hémoglobinurie périodique, l'autre par sa ressemblance avec le syndrôme morbide de Brown-Séquard.

Hitzig mentionne 3 cas de syringomyélie ; dans le premier, il y avait, outre l'œdème, une induration ligneuse du bras et de l'articulation scapulo-humérale gauches ; dans le second, la même induration ligneuse des muscles de l'humérus se retrouvait chez une femme, présentant le type de Morvan ; dans le troisième, il s'agissait d'un homme, qui, outre l'induration des muscles, offrait une expression singulière de la face, comme s'il avait le tétanos ; cet homme n'avait pas de troubles de la sensibilité.

Mendel a également vu, avec Pollnow, un cas de syringomyélie avec des muscles durs comme du bois.

En ce qui concerne ces œdèmes et ces indurations, Bernhardt fait remarquer qu'ils peuvent provenir de gerçures et de fissures cutanées, indolores chez les syringomyéliques. J. B.

Ueber einen Fall von chronischer Compression, etc..... (Sur un cas de compression chronique de la moelle cervicale avec considération spéciale des dégénérations secondaires descendantes), par HANS DAXENBERGER (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., IV, p.* 136, 1893).

Observation d'un malade chez lequel était survenue lentement une compression de la moelle cervicale progressant pendant 6 ans, puis restant stationnaire pendant quatre autres années ; il y avait des symptômes de lésion unilatérale (hémiplégie incomplète à droite, anesthésie de la jambe gauche), la paralysie occupait, au bras, le triceps brachial, à l'avant-bras, les fléchisseurs ; les petits muscles des mains étaient également atteints. Jamais le malade n'éprouva de douleurs à la nuque. Il existait en outre des troubles de la sensibilité thermique et une scoliose du côté gauche. — A l'autopsie on trouva une compression de la moelle cervicale entre la dernière vertèbre cervicale et la première dorsale, par suite d'une carie ancienne de la première vertèbre dorsale. — L'examen microscopique montra une dégénération ascendante du faisceau de Goll et du faisceau cérébelleux direct. Quant à la dégénération descendante, elle atteignait non-seulement les faisceaux pyramidaux direct et croisé, mais encore les cordons postérieurs. A ce niveau elle occupait deux territoires nettement délimités : l'un entre le cordon de Goll et le cordon de Burdach, dirigé d'avant en arrière et ayant la forme d'une virgule ; l'autre à la partie moyenne du sillon postérieur, en forme d'ellipse. Il existe en outre quelques fibres dégénérées dans le faisceau latéral, au devant du faisceau pyramidal, ainsi que dans le faisceau cérébelleux direct et dans le faisceau de Gowers. Les cellules des colonnes de Clarke semblaient également diminuées de nombre et de grosseur.

PIERRE MARIE.

Contribution à l'étude des tumeurs névrogliques de la moelle épinière. Syringomyélie à type spasmodique, par RAYMOND (*Arch. de neurol., août* 1893).

Homme, 37 ans, cimentier, sans antécédents personnels :

Sa maladie remonte à trois années et a débuté par de la parésie des membres inférieurs, étendue au bras droit, puis par de la raideur généralisée aux quatre membres et à la poitrine. Le 19 juin 1889, on constate outre cette raideur généralisée, une atrophie considérable des muscles périscapulaires, surtout à droite ; de la parésie et de la raideur des membres ; exagération des réflexes ; trépidation spinale ; persistance de la sensibilité dans tous ses modes ; intégrité des organes des sens et des fonctions cérébrales. On diagnostique : pachyméningite cervicale hypertrophique ; compression antérieure et latérale de la moelle ; myélite transverse consécutive ayant détruit une partie des cornes antérieures, dégénérescence descendante des faisceaux atéraux. Traitement par les pointes de feu, l'iodure, etc. Amélioration légère. Fièvre typhoïde intercurrente. En mai 1890, douleurs vives en ceinture ; puis douleurs fulgurantes sur le trajet des nerfs sciatiques. En novembre, apparition d'une zone d'hyperesthésie occupant tout le membre supérieur droit ; douleurs au niveau du sacrum, scoliose progressivement croissante. En octobre 1891, on observe des troubles de la sensibilité plus marqués. Au cou, en particulier, on constate une perte absolue de la sensibilité à la douleur et à la température dans toute la zone innervée par le plexus cervical superficiel,

avec conservation du sens du tact dans ces mêmes points, réalisant ainsi la dissociation syringomyélique. Le 30 décembre 1891, on pratique la trépanation du canal rachidien et l'on vide un kyste faisant saillie à la face postérieure de la moelle : amendement rapide de la contracture. Mort au cinquième jour après l'opération, par hyperthermie et tétanie généralisée. A l'autopsie, au niveau du renflement cervical, gliome, formant kyste, qui a été ouvert pendant l'opération. En suivant cette tumeur de bas en haut, on voit qu'elle s'étend de l'extrémité du renflement lombaire jusqu'à quelques millimètres au-dessous du bec du calamus. En bas, la tumeur est constituée simplement par une infiltration diffuse, située en arrière du canal central, et parfaitement distincte de lui. Les cordons postérieurs sont envahis, surtout à gauche. Plus haut, on trouve successivement les cornes postérieures atteintes, puis la substance de Rolando, la colonne de Clarke et les cornes antérieures, toujours avec prédominance à gauche. Au niveau des vertèbres cervicales, la tumeur, de mieux en mieux limitée, se creuse à son centre d'une cavité irrégulièrement étoilée, mais le canal central en est toujours distinct. Cette cavité s'est développée aux dépens d'espaces conjonctivo-vasculaires dégénérés et dilatés. Il est à remarquer qu'il y avait tendance à la régénération nerveuse dans les racines postérieures. DESCOURTIS.

A few clinical notes on the usual situation of spinal haemorrhage, etc....., par MANLEY (*Journal of nervous and mental diseases*, p. 484, *juillet* 1893).

L'auteur donne le résumé de 4 observations personnelles suivies d'autopsie et dit avoir eu l'occasion de voir plus de 70 cas de traumatisme grave de la moelle. Il nie que le traumatisme produise (sauf quelques très rares exceptions) des hémorragies dans l'intérieur de la substance grise médullaire; les hémorragies produites par les traumatismes spinaux sont toujours extra-méningées, du moins celles présentant un volume notable. Ces hémorragies peuvent être une source d'inflammations des méninges ou de compression médullaire et, dans ce cas, sont d'un pronostic très grave. PIERRE MARIE.

Tabes mit Zwerchfellslaehmung, par GERHARDT (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 16, *p.* 369, 17 *avril* 1893).

La paralysie du diaphragme ne paraît pas avoir été signalée dans l'ataxie locomotrice. En voici un exemple :

Femme de 45 ans, comptant parmi ses antécédents une intoxication par les vapeurs de charbon et une fièvre typhoïde. Début de l'ataxie locomotrice il y a six ans ; elle devint sourde du côté gauche, en même temps que sa vue s'altérait. Incertitude des jambes, chutes presque quotidiennes, douleurs fulgurantes et en ceinture, accès de dyspnée deux ou trois fois par semaine et s'accompagnant d'un bruit inspiratoire prolongé. Les cordes vocales ont leur teinte et leur forme habituelles; elles se rapprochent bien. La glotte se rétrécit un peu durant l'inspiration. Les crises laryngées sont coupées par la cocaïnisation du nez. Atrophie considérable du sterno-mastoïdien et du bord du trapèze ; tous les autres muscles du cou sont flasques et grêles. La langue étendue tremble et est le siège de contractions fasciculaires ; sa moitié gauche est plus mince et plus molle.

Il y a, en outre, une paralysie incomplète du diaphragme, car, dans la respiration calme, on n'observe ni rétraction, ni voussure notables de l'épigastre et de l'arc costal et dans les inspirations très énergiques, il y a voussure du creux épigastrique et dilatation des côtes.

Cette parésie du diaphragme se rattache aux lésions nerveuses nucléaires

qu'accusent, d'autre part, la paralysie et l'atrophie des dilatateurs de la glotte, du sternomastoïdien, du trapèze, de la langue et des muscles du cou en général. J. B.

Le syndrome paralysie labio-glosso-laryngée progressive dans le tabes, par CHARCOT (*Progrès méd.*, 17 *juin* 1893).

Charcot publie en détail l'observation d'un malade, âgé de 44 ans, ancien syphilitique, qui présenta d'abord de l'insensibilité de la langue et des lèvres, puis l'hypoesthésie de toute la face, soit le masque tabétique complet. Peu après apparurent les symptômes bulbaires moteurs classiques de la paralysie labio-glosso-laryngée ; bouche ouverte, facies pleurard, nasonnement, déglutition difficile, etc. — Enfin survinrent de l'ophthalmoplégie externe, avec perte du réflexe pupillaire, des crises laryngées, des plaques d'anesthésie disséminées, la perte du réflexe rotulien, etc. Charcot ne connaît qu'un cas comparable à celui-là. H. L.

De l'anesthésie généralisée, son influence sur la conscience et le mouvement, par PRONIER (*Rev. de médecine*, 10 *juillet* 1893).

A propos d'un malade du service de Déjerine, présentant de l'anesthésie généralisée avec conservation de l'ouïe et de la vue, Pronier a répété l'expérience de Strümpell qui consiste à supprimer la vue et l'odorat et à noter l'influence que cette anesthésie totale sensitivo-sensorielle exerce sur la conscience et sur le mouvement. Il est bien parvenu à reproduire le sommeil dont parle Strümpell et qui a été obtenu par Raymond et Ballet dans des cas identiques ; mais contrairement à Raymond, il croit qu'il ne s'agit pas là d'un sommeil véritable, mais d'un sommeil hypnotique comme l'admet Ballet. Par conséquent, on ne peut conclure de ce fait pathologique que la perception des sens est indispensable à la conscience. C. GIRAUDEAU.

Un caso di acromegalia con autopsia, par E. BONARDI (*Arch. italiano di clin. med.* 1893).

Homme de 74 ans, dont le père aurait été atteint d'acromégalie, et qui, lui-même, en présente les symptômes depuis longtemps : augmentation de volume du crâne, allongement de la face, tuméfaction de la langue, hypertrophie des mains et des pieds, cyphose dorsale. A l'autopsie, pas de tumeur de la pituitaire, endartérite généralisée, atrophie scléreuse du corps thyroïde.

GEORGES THIBIERGE.

Ein Fall von Akromegalie mit bitemporaler Hemianopsie, par BOLTZ (*Deutsche med. Wochens.*, *n°* 27, *p.* 635, 1892).

Homme de 41 ans, offrant un développement exagéré de la tête et du visage ; le maxillaire inférieur est énorme, la langue et la luette hypertrophiées ; l'acromion saillant et épaissi. Hypertrophie des mains et des pieds.

Muscles généralement atrophiés et faibles. Conservation de la sensibilité, des réflexes, de l'excitabilité électrique.

La vue qui était excellente jadis est singulièrement affaiblie depuis quelques mois. Le patient ne distingue même plus les grosses lettres. Les pupilles réagissent normalement. On constate du nystagmus rotatoire qui cesse quand le malade s'efforce de fixer un objet et quand on ferme l'un des yeux. Atrophie des deux nerfs optiques visible à l'ophtalmoscope. De chaque côté la moitié temporale du champ visuel est supprimée.

Rien à noter du côté des autres sens spéciaux.

L'auteur admet ici une tumeur de l'hypophyse. L. GALLIARD.

I. — Deux cas d'acromégalie avec remarques sur la pathologie de cette affection, par DERCUM (*Amer. j. of the med. sc., p.* 268, *mars* 1893).

II. — Ein Beitrag zur Pathologie der Hypophysis, par KURT WOLF (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XIII, p.* 629, 1893).

I. — Les cas rapportés présentent comme particularité de n'avoir été découverts que par hasard, n'ayant jamais donné lieu ni à la céphalalgie, ni aux troubles oculaires de l'acromégalie, ce qui n'existe que dans un nombre limité de cas. Dans la seconde observation, les membres et le tronc étaient atteints d'hypertrophie, ce qui n'est pas encore de règle.

L'opinion de Pierre Marie, localisant la cause de l'acromégalie dans une lésion de la pituitaire, comme celle du myxœdème dans une lésion de la glande thyroïde, ne doit pas être acceptée comme vraie d'une façon absolue, mais seulement comme une hypothèse probable. Les faits présents semblent plutôt infirmer cette opinion. Beaucoup d'autopsies ont été rapportées où la glande pituitaire était trouvée normale en volume et il n'est pas démontré qu'on ne trouve pas la glande pituitaire augmentée sans qu'il y ait eu acromégalie; bien plus, on a pu la trouver détruite complètement sans acromégalie.

Il est plus rationnel de n'attribuer à l'hypertrophie de la pituitaire qu'une valeur égale à celle que l'on est en droit d'attribuer à l'hypertrophie des autres glandes, glande thyroïde, thymus, ganglions, rate, reins, foie, testicules, presque toujours rencontrée dans les mêmes cas de cette affection.

Enfin, lorsque l'on se trouve en présence d'une hypertrophie dépendant du système sympathique, ou d'une péri et d'une endonévrite, un légitime doute doit s'élever sur le rôle probable joué dans l'étiologie par le système glandulaire. F. VERCHÈRE.

II.— Dans les deux cas d'acromégalie que publie ici l'auteur, il faut relever: dans l'un, la tumeur de l'hypophyse, qui a les caractères d'un sarcome à dégénérescence hyaline des vaisseaux, c'est-à-dire d'un cylindrome; dans l'autre, la tumeur de l'hypophyse, formée de petites cavités revêtues d'un épithélium et creuses, a donné lieu à une généralisation dans le corps thyroïde, dans le fémur et dans une côte. C. LUZET.

Dyspnée hystérique; plaque de rupia d'aspect spécial chez une hystérique, par WEIR MITCHELL (*The Amer. j. of the med. sc., p.* 235, *mars* 1893).

Chez une grande hystérique atteinte successivement de dyspnée et de léthargie, finalement d'hémiplégie, on observe la lésion suivante :

Au niveau du tiers moyen de la jambe existe une croûte épaisse, rugueuse, de la dimension de la paume de la main. En enlevant cette croûte, on trouve au-dessous d'elle une matière fibrineuse d'aspect gris blanchâtre ; en quelques points se montrent quelques gouttes de sang. Autour la peau est épaissie et semble hyperémiée. La surface de la plaie est très sensible.

D'après Duhring, qui a examiné l'affection de la jambe, il ne peut être question de syphilis ni d'un ulcère simple.

Il n'y avait pas, à proprement parler, d'ulcération au-dessous de la croûte, mais une couche épithéliale et le « rete mucosum » était atrophié et malade.

La couche papillaire était infiltrée comme on la trouve dans la teigne faveuse chronique. Il est donc à supposer que l'on doit attribuer à cette lésion une origine nerveuse amenant un trouble local atrophique de la peau, auquel on peut donner le nom de « maladie croûteuse de la peau ». F. VERCHÈRE.

Contracture organique et hystérique, par BABINSKI (*Soc. méd. des hôpitaux*, 5 *mai* 1893).

Babinski pense que les contractures hystériques et organiques constituent deux phénomènes cliniques bien différents, et que, dans la majorité des cas leur diagnostic différentiel peut être établi grâce à leur facies spécial et à l'état des réflexes tendineux.

Dans les cas de paralysie spasmodique organique (hémiplégie) la rigidité musculaire est peu prononcée; on peut faire mouvoir les uns sur les autres les divers segments du membre supérieur. En cas d'hystérie la rigidité est très accentuée, la main est étendue sur l'avant-bras, les doigts au contraire fortement fléchis dans la paume de la main.

Dans l'hystérie les réflexes tendineux ne sont pas exagérés, ils le sont toujours en cas de contracture organique. Pour le membre inférieur dans ce dernier cas il y a de la trépidation épileptoïde, le malade marche en fauchant.

Dans les paraplégies hystériques, la rigidité est absolue, tout mouvement spontané est impossible, on ne peut modifier l'attitude des membres que par des tractions violentes, il y a toujours varus équin.

Babinski croit que la contracture hystérique peut, au point de vue physiologique, être comparée à une contraction volontaire prolongée; il n'admet pas cette assimilation pour les muscles contracturés par lésion organique. H. L.

Sur un cas de mutisme hystérique avec agraphie et paralysie faciale systématique, par G. BALLET et P. SOLLIER (*Revue de médecine*, 10 *juin* 1893).

Cette malade (présentée par Ballet à la Société méd. des hôpitaux, séance du 14 octobre 1892, comme étant atteinte de paralysie faciale hystérique) fut prise brusquement, sans perte de connaissance, de parésie dans le côté droit du corps et de mutisme. Les troubles moteurs disparurent très rapidement, mais le mutisme persista. Il était complet et s'accompagnait d'aphonie. Le point intéressant de cette observation consiste dans l'existence de l'agraphie, qui n'existe pas d'habitude chez les malades atteints de mutisme hystérique; c'est même là un excellent élément de diagnostic. Elle a persisté plus de quinze jours, complète d'abord, puis ne se manifestant plus que par de la paragraphie. Il est remarquable qu'elle existait seulement, et dès le premier jour, pour les lettres et non pour les chiffres. Elle disparut progressivement; au début, elle put écrire des mots simples, tels que « oui », « non », etc. Au contraire, les mots composés ne purent être écrits que plus tard, et au prix d'un effort visible; elle était obligée de faire la *synthèse des syllabes* qui les constituaient. De même les opérations arithmétiques simples étaient faciles, celles un peu plus compliquées étaient impossibles. Aussi Ballet et Sollier pensent-ils que l'agraphie hystérique paraît tenir, non pas, comme dans le cas d'une lésion organique, à la perte des images verbales, graphiques ou visuelles, mais simplement au défaut de la synthèse psychique de ces images qu'exige l'écriture courante.

Quant à la paralysie faciale, elle présentait cette particularité que la joue du côté droit se laissait soulever par l'air lorsque la malade parlait, tandis

que les mouvements avaient toute leur intégrité lorsqu'il s'agissait de rire, de pleurer, de porter volontairement la commissure en haut et en dehors. La paralysie faciale hystérique peut donc être systématisée pour certains mouvements spéciaux, tels que ceux nécessaires à l'articulation de la parole.

C. GIRAUDEAU.

Unilateral hyperthrophy of the face, par MONTGOMERY (*Med. News, p.* 61, 15 *juillet* 1893).

Homme vigoureux, bien développé, âgé de 32 ans. Il y a deux ans, « fièvre cérérale ».

La maladie débuta, à l'âge de 10 ans, par une augmentation de volume des gencives du côté gauche; l'hypertrophie s'est ensuite étendue à toute la partie antérieure latérale gauche de la face et du crâne. L'apophyse sous-orbitaire, l'os malaire et la région mentonnière sont surtout hypertrophiés: les parties molles et les os participent à cette tuméfaction. De la fossette labiale supérieure au tragus droit, on compte 16 centimètres, et du côté droit 12 centimètres et demi seulement.

La peau du côté gauche de la face est épaissie et pigmentée. La face externe du frontal est rugueuse sur toute son étendue et présente deux volumineuses saillies; la voûte orbitaire est, à sa partie supérieure, très saillante.

Le pavillon de l'oreille est très développé dans sa partie supérieure, ce qui est dû sans aucun doute à l'hypertrophie du cartilage, car la peau qui le recouvre est normale. La commissure palpébrale est rétrécie, en raison de l'hypertrophie considérable de la paupière supérieure, surtout à sa partie interne. Les yeux paraissent sains; des deux côtés, cependant, on note une légère excavation de la pupille; les vaisseaux de la rétine ne sont pas dilatés. L'os nasal gauche est hypertrophié, et le cartilage du même côté semble aplati.

La commissure labiale gauche est abaissée, mais comme il n'y a point de paralysie, tous les mouvements sont possibles, gênés seulement par l'épaisseur des tissus.

Le maxillaire inférieur est augmenté de volume, rugueux; les dents sont bonnes, non hypertrophiées. Les gencives sont très épaissies en dedans et en dehors des dents, et, du côté de la voûte palatine, font une saillie énorme. Pas d'hypertrophie de la langue ni de l'amygdale. Pas de troubles des organes des sens.

L'affection paraît, au point de vue anatomique, caractérisée par une augmentation de volume des glandes pilaires et sébacées, par la distension des glandes sébacées, par du sérum et des cellules dégénérées, et aussi par une augmentation des tissus conjonctif et graisseux.

L'auteur a trouvé la mention de 9 cas semblables: 7 étaient congénitaux, 1 a débuté à la deuxième année de la vie, sans cause apparente, et 1 fut précédé par une névralgie du trijumeau.

MAUBRAC.

Sur l'acroparesthésie, par Fr. SCHULTZE (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, III, p.* 300, 1893).

Sous ce nom l'auteur désigne une affection dont un certain nombre de cas ont déjà été décrits par Nothnagel, Putnam, Ormerod, Sinkler, Berhnardt, Saundby, Buzzard, O. Rosenbach, Peter Mohr, Laquer et qui se montre surtout chez les femmes et après trente ans; elle consiste dans des paresthésies plus fréquentes aux membres supérieurs qu'aux inférieurs. Tantôt ce sont de simples formications, tantôt de véritables douleurs avec ou sans raideurs des membres atteints, parfois les mou-

vements délicats sont plus ou moins gênés. Le maximum de ces manifestations se montre le matin au réveil, et plutôt l'hiver que l'été. Il n'y a généralement pas de modifications dans la coloration de la peau. La sensibilité n'est pas altérée, à part dans quelques cas un certain degré d'hypeesthésie et surtout d'hyperalgésie. Au point de vue étiologique l'élément le plus important consiste dans des alternatives fréquemment répétées de froid humide et de chaleur. C'est une affection tenace qui peut durer des années et n'est guère influencée par la thérapeutique (de préférence électricité et bains chauds), mais qui cependant ne présente pas de gravité car elle n'entraîne à sa suite aucune complication et a une tendance spontanée à la guérison. PIERRE MARIE.

Ueber die senile Form der multiplen Neuritis, par Hermann OPPENHEIM (*Berlin. klin. med. Woch.*, *n°* 25, *p.* 589, 19 *juin* 1893).

Oppenheim rattache à la forme sénile de la polynévrite : d'une part, l'affaiblissement musculaire progressif des vieillards décrit par Empis en 1862 et, plus tard, par Leyden ; d'autre part, les lésions anatomopathologiques constatées sur les nerfs périphériques de gens âgés, par lui-même et Siemerling (*Westphal's Archiv* XVIII) par Arthaud (*R. S. M.*, XXXI, 109), Gombault (Note sur l'état du nerf collatéral externe du gros orteil chez le vieillard. *Bull. Soc. Anatom.* 1890), par Ketscher (*Zeitschritt f. Heilkunde VIII*, 1892) et par Joffroy et Achard. (*Arch. de méd. expér.* 1889.)

Il trace ainsi le tableau de cette forme morbide qu'il a eu l'occasion d'observer sur 5 hommes et 1 femme. Chez des individus âgés de 70 à 82 ans, tous atteints d'artériosclérose et plus ou moins émaciés, sans pourtant être affectés de marasme, on voit se développer, d'une façon lentement progressive, des troubles de la motilité et de la sensibilité des quatre membres ; les orteils et les doigts sont le plus sérieusement affectés. L'affection a une marche absolument traînante. Les douleurs font défaut ou sont insignifiantes, mais on note le plus souvent de la paresthésie, en particulier de vives démangeaisons. Il n'y a pas de fièvre. L'exploration révèle, outre un affaiblissement général, des états paralytiques dégénératifs sur certains territoires nerveux des membres, tels qu'au niveau des petits muscles des mains, des nerfs péronier et tibial postérieur. Habituellement les paralysies ne sont pas absolument complètes ; elles sont plus accentuées tantôt aux membres supérieurs, tantôt aux inférieurs ; une seule fois elles occupaient exclusivement ceux-ci.

La sensibilité à la pression des muscles et des nerfs est peu considérable. 5 fois sur 6 il y avait abolition des réflexes rotuliens.

La sensibilité est toujours affaiblie, sans qu'il y ait anesthésie entière, au niveau des extrémités des membres.

Les nerfs cérébraux, les sphincters restent indemnes. Il n'y a pas d'ataxie, mais un léger tremblement qu'on peut considérer comme l'expression de la faiblesse et un symptôme de sénilité. L'évolution est toujours chronique avec tendance aux rémissions. 3 fois Oppenheim a obtenu une amélioration plus ou moins notable.

Les traits distinctifs de la forme sénile de la polynévrite sont : 1° l'absence des facteurs étiologiques connus (intoxications, infections) ;

2° la chronicité très marquée de l'évolution ; 3° l'absence ou l'insignifiance des phénomènes douloureux ; 4° le caractère incomplet de l'affaiblissement de la motilité et de la sensibilité ; 5° l'intégrité des nerfs cérébraux ; 6° la bénignité relative et la tendance à la régression du travail morbide, fait d'autant plus curieux que les malades ont de la sclérose artérielle.

Comme traitement, Oppenheim conseille le maillot humide, les courants galvaniques, le repos, les ménagements et une alimentation substantielle, comprenant du vin. J. B.

Le somnambulisme provoqué et la fascination, par E. MESNET (*in*-8°, *Paris*, 1894).

Ce titre extérieur est, à l'intérieur du volume, remplacé par le titre suivant : outrages à la pudeur, violences sur les organes sexuels de la femme dans le somnambulisme provoqué et la fascination. Etude médico-légale. C'est en effet à l'occasion de certains cas d'outrages à la pudeur ou de violences sur les organes sexuels que l'auteur s'est décidé à envisager dans un coup d'œil général la question du somnambulisme provoqué et de la fascination. Les discussions purement théoriques ont été entièrement bannies de ce livre qui ne contient que l'exposé de faits cliniques ou expérimentaux.

Au point de vue médico-légal, l'auteur insiste à juste titre sur l'importance des troubles de la mémoire, sur l'amnésie et la reviviscence mnémonique qui s'observent suivant que le sujet étant dans l'état vigile ou dans l'état somnambulique on l'entretient de faits qui se sont passés antérieurement alors qu'il se trouvait dans l'un ou l'autre de ces états.

Puis vient l'observation, on pourrait dire la « cause célèbre » du légendaire Didier, condamné en police correctionnelle pour outrage public à la pudeur, acquitté en appel grâce à l'intervention de Mesnet et Motet et à la démonstration donnée par ces deux experts de la susceptibilité de cet homme tant au somnambulisme spontané qu'au somnambulisme provoqué. L'auteur analyse en détail les différents points de cette observation et en tire d'importantes conclusions.

Pour éclairer la question de la conscience ou de l'inconscience de la femme hynoptisée par rapports aux violences sur les organes sexuels, Mesnet rappelle les expériences qu'il a faites sur plusieurs de ses malades qui, mises en état de somnambulisme provoqué, purent être examinées au spéculum sans en conserver à l'état de veille aucun souvenir. Une autre de ses malades aurait été déflorée et engrossée après avoir été fascinée à deux reprises.

Les limites assignées à cette analyse ne permettent pas de suivre l'auteur dans le détail de ses expériences et des déductions qu'il en tire pour l'étude de la fascination en elle-même. Nous nous bornerons à signaler la très curieuse observation d'un chef de gare sujet à des crises de fascination qui fut tamponné à mort au cours d'une de ces crises provoquée par la vue de la locomotive qui s'avançait sur lui.

Le dernier chapitre, qui représente, au point de vue médico-légal, la condensation des observations et des expériences exposées dans le cours du volume, traite spécialement de la jurisprudence criminelle dans les somnambulismes. Mesnet y énonce catégoriquement cette opinion que l'abus d'une femme, impossible en somnambulisme spontané, est possible

en somnambulisme provoqué, et répond ainsi par l'affirmative à une question que Tardieu avait laissée en suspens.

Les qualités de style dans ce livre donnent à l'argumentation de l'auteur un intérêt particulier. PIERRE MARIE.

A clinical and pathological study of paralysis agitans, par DANA (*Philadelphia neurol. Society*, 27 *février* 1893, *in Journal of nervous disease*, *p.* 359, *mai* 1893).

En examinant le sang par la méthode de Ehrlich, Dana a constaté l'existence d'une chlorose progressive sans anémie et aussi quelques modifications des myélocytes ; par les tracés sphygmographiques, il a trouvé une paralysie vaso-motrice généralisée. Dans ses deux autopsies, il a observé une grande dilatation vasculaire, la prolifération du tissu conjonctif et la dégénération des cellules nerveuses. Les lésions étaient surtout marquées dans la substance grise centrale de la moelle et dans les noyaux du pneumogastrique et du glosso-pharyngien. L'écorce cérébrale, la capsule interne et les ganglions de la base étaient normaux. Dana pense que la cause première de la paralysie agitante serait une toxine d'origine autochtone ou microbienne ; le siège des lésions primitives serait la substance grise centrale et antérieure. La thérapeutique devrait consister en médications antitoxiniques et diététiques.

PIERRE MARIE.

Chorée chronique infantile et athétose double, par BRISSAUD et HALLION (*Progrès méd.*, 1er *juillet* 1893).

Il s'agit d'une femme de 30 ans, qui présente une étrange physionomie due à une contracture persistante des muscles de la face, s'accompagnant parfois de petites secousses irrégulières. Des secousses analogues, mais sans contracture se voient aux doigts et aux orteils, ainsi que des mouvements d'athétose. Les troubles moteurs sont notablement accentués par les influences psychiques. La parole est lente, un peu scandée, l'intelligence intacte. Chez la malade le début des troubles moteurs remonterait à l'âge de 13 ans, accompagnés deux ans par des attaques convulsives avec perte de connaissance. Au début les mouvements irréguliers auraient été beaucoup plus accentués et prédominants à gauche. Les troubles de la figure ne remonteraient qu'à un an et auraient coïncidé avec l'apparition d'une céphalalgie tenace, frontale et occipitale diurne.

Les auteurs voient dans ce fait un cas intermédiaire établissant un trait d'union entre l'athétose double et la chorée chronique ; ils croient que ces deux affections sont de simples modalités d'un processus similaire. H. L.

Ueber chronische spinale Muskelatrophie im Kindesalter, etc..... (Sur l'atrophie musculaire spinale chronique héréditaire dans l'enfance, par HOFFMANN (*Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde*, *p.* 427, 1893).

Dans deux familles n'ayant pas de liens de parenté et comprenant en tout 21 enfants, 8 présentaient une atrophie musculaire spéciale dont l'auteur donne les caractères :

Les enfants d'apparence tout à fait normale à la naissance ne présentent les premiers symptômes morbides qu'après l'âge de six mois ; ceux-ci consistent en une diminution de la force, de la rapidité et de l'étendue des mouvements des membres inférieurs ; puis très peu après survient la faiblesse des muscles du dos. Les muscles des membres supérieurs, ceux du cou et de la nuque ne sont atteints que plusieurs années plus tard. Cette affection

réduit les malades à un état d'infirmité presque complet. Pas de troubles des sphincters ni de la sensibilité. Les muscles paralysés sont le siège d'une atrophie qui peut cependant être masquée par l'adipose sous-cutanée. La mort survient dans la première enfance (de 1 à 4 ans) par des complications pulmonaires.

L'autopsie faite chez un de ces malades montra qu'il s'agissait bien d'une affection myélopathique. Les cellules ganglionnaires des cornes antérieures étaient atrophiées ou disparues dans toute la hauteur de la moelle jusqu'au bulbe; cette altération était surtout prononcée au niveau des renflements médullaires, plus encore dans le renflement lombaire. Atrophie très marquée des racines antérieures. Atrophie moins prononcée des nerfs périphériques moteurs et mixtes et des rameaux intra musculaires. Atrophie considérable des muscles atteints présentant les caractères de l'atrophie simple, sauf une prolifération exagérée des noyaux. Quant à la substance blanche médullaire, l'auteur ne la considère pas comme absolument saine, car au niveau des faisceaux de Türck, des faisceaux pyramidaux croisés et des faisceaux latéraux il y avait exagération des noyaux et épaississement des fibres de la névroglie, les fibres nerveuses avaient un calibre inférieur à la normale.

Hoffmann n'a pu trouver dans la science d'autres observations analogues aux siennes que celles de Werdnig, dans celles-ci en effet les symptômes et les lésions sont presque entièrement semblables. Mais il se refuse à admettre avec Werdnig qu'il s'agisse d'une affection voisine de la myopathie primitive progressive (type Leyden-Möbius).

PIERRE MARIE.

Atrophie musculaire idiopathique débutant par les fléchisseurs de la cuisse. Type de Buzzard, par HOWELL PERSHING (*The Amer. j. of the med. sc., p.* 59, *juillet* 1893).

Femme de 47 ans. En 1891, difficulté à soulever le genou et à poser le pied pour monter. Lorsqu'elle marchait, elle ne ressentait aucune gêne. Puis sentiment de faiblesse dans la région lombaire. Bientôt elle ne pouvait se lever d'un siège sans s'aider de ses mains. Elle n'avait aucune douleur; l'état général restait parfait.

Les réactions électriques au niveau de la partie inférieure des lombes sont très diminuées. Il n'y a pas d'atrophie visible des muscles, mais ils sont dissimulés par une abondante couche de graisse. Sensibilité intacte.

En septembre 1892, la force des muscles atteints a beaucoup diminué. Réflexes rotuliens abolis. La malade ne peut porter quelque objet des deux mains, ni l'élever. L'extension du genou est possible, la flexion très diminuée; l'extension de la cuisse possible, la flexion complètement abolie. La partie inférieure des lombes est très affaiblie. La malade peut se tenir debout et marche à peu près, mais quand elle descend un escalier, elle frappe le pied à chaque marche. Debout, lordose marquée.

Dans les deux bras, tous les muscles réagissent aux courants faradiques moyens.

Mai 1893, aucun changement, sauf que les muscles des bras jusqu'à la tête ont encore diminué.

La paralysie, au début, était limitée aux muscles profonds psoas-iliaques. Les réactions électriques aux deux courants étaient abolies sans phénomènes de dégénération. La perte de l'influence électrique était complète dans les muscles intrinsèques des mains et des pieds.

Atrophie du groupe tibial antérieur, sans apparence d'hypertrophie ou de tremblement fibrillaire. Aucune hérédité. Perte du réflexe rotulien. Marche rapide de l'affection. Tels sont les points à relever. F. VERCHÈRE.

Des troubles nerveux chez les tuberculeux. par E. WEILL (*Rev. de médecine, juin* 1893).

Quatre fois sur dix, Weil a observé chez des phtisiques un syndrome nerveux particulier caractérisé par de l'hémihyperesthésie profonde, musculaire, articulaire et osseuse. Cette hyperesthésie, indépendante des douleurs spontanées pourrait se diffuser à tout le corps, mais resterait toujours prédominante d'un côté. Elle occuperait généralement le cou, le tronc et la racine des membres. L'hémihyperesthésie profonde s'associerait à des troubles de la sensibilité cutanée, anesthésie ou hyperesthésie siégeant du même côté ou du côté opposé. Elle s'accompagnerait aussi très souvent d'un rétrécissement concentrique régulier du champ visuel, unilatéral ou bilatéral, et rarement d'un affaiblissement musculaire du côté des troubles de la sensibilité. Les troubles acquerraient leur maximum au bout de quelques jours ou de quelques semaines et dureraient rarement plus de trois mois. Par l'ensemble de leurs caractères ils se rapprocheraient des stigmates de l'hystérie. Il s'agirait d'un état hystériforme très particulier comme expression symptomatique, très restreint et incapable de subir aucun modification évolutive. Ces accidents relèveraient d'une irritation centripète dont le point de départ serait dans les nerfs sensitifs des bronches et des poumons.

C. GIRAUDEAU.

Note sur un cas de bronchite pseudo-membraneuse, par BRUHL (*La Médecine moderne, p.* 26, 11 *janvier* 1893).

Jeune fille de 18 ans, atteinte de dysménorrhée pseudo-membraneuse ; il y a dix-huit mois, douleurs dans le côté droit de la poitrine sans fièvre ni frissons, hémoptysies abondantes de sang rouge ; au bout de six mois, la malade était complètement remise lorsque brusquement, pendant le dîner, survint une quinte de toux atroce avec dyspnée considérable sans tirage et cyanose des plus prononcées ; des crises semblables se sont répétées depuis lors tous les jours ou tous les deux jours et sont suivies d'expectoration abondante de liquide blanchâtre, légèrement visqueux et filant, puis de quelques crachats muco-purulents et enfin du rejet de masses blanchâtres mesurant jusqu'à 8 à 10 centimètres de longueur et 3 à 4 centimètres de largeur ; ces fausses membranes ont au microscope une apparence feuilletée et paraissent formées d'une série de lames minces irrégulièrement superposées, se colorant difficilement par les réactifs usuels et présentant les réactions chimiques de la fibrine ; pas de modifications notables de la sonorité, sauf une submatité dans la région axillaire droite, notable diminution du murmure vésiculaire, sans râles. Disparition rapide des symptômes fonctionnels par l'usage de l'iodure de potassium. GEORGES THIBIERGE.

Ein Fall von Typhus-Empyem, par WEINTRAUD (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 15, *p.* 345, 10 *avril* 1893).

Dans le décours d'une fièvre typhoïde, un jeune homme de 19 ans, qui, trois ans auparavant, avait déjà eu une pleurésie avec épanchement du côté gauche, est repris de ce même côté d'une pleurésie suppurée ne contenant d'autres microorganismes que les microbes pyogènes et le bacille d'Eberth. Deux ponctions exploratrices, pratiquées à deux semaines et demie de distance, ont fourni les mêmes résultats bactérioscopiques ; mais les bacilles d'Eberth avaient, dans l'intervalle, perdu notablement de leur virulence, ains

qu'en témoignaient les inoculations aux cobayes et souris blanches. Cet épanchement purulent a d'ailleurs rétrocédé complètement, sans aucune intervention. (*R. S. M.*, XXXIV, 482.) J. B.

A study on the aetiology of exudative pleuritis, par Mitchell PRUDDEN (*New York med. journ.*, 24 *juin* 1893).

P... rappelle les travaux antérieurs sur l'examen bactériologique des épanchements pleurétiques et donne les résultats obtenus par lui dans 45 cas. Il insiste, au point de vue de la technique, sur la nécessité, pour être sûr des résultats, d'avoir une quantité de liquide assez abondante et d'user même de l'appareil centrifuge.

Ces 45 cas se divisent en :

1° 12 cas de pleurésie séro-fibrineuse, simple, aiguë, succédant à un coup de froid. Dans aucun cas on ne trouva de bactéries dans l'épanchement. Guérison des 12 cas.

2° 6 cas de pleurésie séro-fibrineuse, suite de pneumonie aiguë. Dans 2 cas, présence du micrococcus lanceolatus. 4 guérisons, 2 morts d'endocardite et de péricardite. Ce n'était pas dans ces 2 cas qu'avait été constaté le micrococcus.

3° 3 cas de pleurésie avec signes de tuberculose pulmonaire. Pas de bactéries. Les malades sont partis améliorés.

4° 24 cas d'empyème : *a*) 8 simples ; dans 7 cas présence du streptococcus pyogenes ; dans 1, staphylococcus aureus. 5 morts, 4 ponctionnés 1 résection des côtes ; *b*) 11 cas avec pneumonie ; dans 9 présence du micrococcus lanceolatus, dans 1 streptococcus pyogenes, dans un staphylococcus doré. 7 guérisons, 2 morts ; *c*) 1 cas avec tuberculose pulmonaire. Présence de bacilles tuberculeux, mort ; *d*) 4 cas, épanchement fétide, 4 morts. Formes multiples de bactéries. A. CARTAZ.

I. — Ueber Pyopneumothorax subphrenicus und dessen Behandlung, par E. LEYDEN (*Berlin. klin. Wochens. n°* 46, *p.* 1153, 14 *novembre* 1892).

II. — Même sujet, par RENVERS (*Ibid., p.* 1157).

I. — Le pyopneumothorax sous-diaphragmatique se distingue du vrai, par l'abaissement considérable du foie qui entraîne la tuméfaction de l'abdomen, par le faible refoulement du cœur, et, enfin, par la présence du murmure vésiculaire normal immédiatement au-dessus de la sonorité tympanique.

Le pyopneumothorax sous-diaphragmatique résulte, dans les cas connus jusqu'ici, soit d'une perforation de l'estomac (ulcère le plus souvent, cancer parfois), soit de la perforation du duodenum par un ulcère, soit enfin de la perforation de l'appendice vermiforme. La majorité des pyopneumothorax sous-diaphragmatiques siégeant du côté gauche sont dus à des ulcères de l'estomac, tandis que ceux du côté droit proviennent du duodenum ou de l'appendice. Le pyopneumothorax sous-diaphragmatique provenant de la perforation de l'appendice vermiforme est celui dont le pronostic est le plus défavorable. Leyden en publie un exemple.

II. — Il a été publié 35 observations d'abcès sous-diaphragmatiques contenant des gaz; 3 d'entre eux ont guéri spontanément; 10 ont subi une opération qui a été suivie de guérison pour 3. La plupart de ces

pyopneumothorax sous-diaphragmatiques n'ont été reconnus qu'après la mort ou durant l'opération; 3 fois seulement le diagnostic a été fait au préalable.

Voici un nouveau cas opéré avec succès. Femme de 35 ans, admise le 9 février 1892, en état de collapsus, de fièvre intense et ayant des douleurs thoraciques.

Le 8 janvier, en allaitant son enfant, elle fut brusquement prise d'une douleur intolérable dans l'hypocondre gauche; tel a été le début de l'affection actuelle.

Mais, dès 1884, on a diagnostiqué chez elle un ulcère de l'estomac. Température de 40 degrés. La malade ne peut quitter le décubitus dorsal sans de vives douleurs à la partie postérieure gauche du thorax; toux quinteuse; expectoration mucopurulente, rare, non fétide. L'espace semi-lunaire remonte dans la ligne mamelonnaire jusqu'à la cinquième côte, ce qui indique une élévation du diaphragme. Matité à la base du poumon gauche, commençant à la huitième côte; à ce niveau, affaiblissement du murmure vésiculaire, quelques râles de bronchite et diminution des vibrations thoraciques. Partout ailleurs, le murmure vésiculaire est normal; ponction exploratrice nulle dans les neuvième et dixième espaces intercostaux. Quand on percute la malade sur son séant, la sonorité tympanique de l'espace semi-lunaire est remplacée par une matité absolue. Dans les mouvements brusques, clapotement au niveau de l'hypocondre gauche. Diagnostic de pyopneumothorax sous-diaphragmatique. Une nouvelle ponction exploratrice faite dans le septième espace intercostal, au niveau de la ligne axillaire antérieure, à la profondeur de 5 centimètres, ramène du pus sanieux, ne contenant pas de parcelles alimentaires, mais de nombreux microbes de putréfaction.

De nouvelles explorations établirent que le siège de cet abcès mixte se trouvait entre l'estomac, la rate et le diaphragme, et qu'il était contigu à la paroi thoracique de la sixième côte au rebord costal. Comme dans les changements de position, la sonorité tympanique de l'espace semi-lunaire persistait encore au niveau de l'insertion de la neuvième côte, on insuffla l'intestin, ce qui permit de reconnaître qu'en effet, le colon placé au-devant de l'abcès lui était fixé.

L'abcès n'étant rapproché de la paroi thoracique que dans une faible étendue où il était impossible de pratiquer une large ouverture sans blesser le diaphragme et la plèvre, Renvers se décida à recourir à la ponction avec drainage simultané qui lui avait donné déjà de bons résultats dans des circonstances semblables.

Après cocaïnisation locale, il enfonça un trocart de 3 millimètres de diamètre dans le septième espace intercostal, entre les lignes mamelonnaire et axillaire antérieure, retira le stylet, puis introduisit par la canule une sonde de Nélaton s'y adaptant exactement et retira enfin la canule. La sonde donna issue à 500 centimètres cubes de pus. Le trocart avait percé le diaphragme sans infecter la cavité pleurale. La cavité de l'abcès et les sécrétions diminuèrent graduellement sous les lavages antiseptiques. Le drain fut supprimé le 11 mars et, dès le 28, la femme partait guérie.

Renvers préconise, pour la pratique privée, surtout rurale, l'emploi de la ponction avec drainage simultané, comme bien plus simple et plus inoffensif que les autres opérations. Il suffit de laisser en place, avec le drain, le trocart pendant un jour ou deux, pour permettre la formation d'adhérences circonvoisines qui préviennent l'infection de la cavité pleurale. (*R. S. M.*, XXXV, 159; XXXVI, 254, et XL, 551.) J. B.

Éclampsie spontanée au cours d'une pleurésie séro-fibrineuse, par TALAMON (*La Médecine moderne*, *p.* 314, 5 *avril* 1893).

Homme de 50 ans, atteint de pleurésie séro-fibrineuse droite, avec crachats pneumoniques; deux jours après une ponction et alors que les frottements apparaissent, crise convulsive débutant brusquement par une perte de connaissance, avec raideur généralisée et écume à la bouche; cette crise dure six heures et demie; trois semaines plus tard, nouvelle crise semblable à la première se terminant par la mort au bout de trois à quatre heures; pas d'antécédents d'épilepsie; pas d'albuminurie.

A l'autopsie, un litre environ de liquide fibrineux dans la plèvre droite dont les parois sont épaissies; hépatisation de la partie moyenne du poumon gauche avec fausses membranes dans la plèvre de ce côté.

Talamon fait remarquer qu'on ne peut invoquer ici l'action réflexe à laquelle on attribue généralement les accès éclamptiques qui succèdent aux lavages dans la pleurésie purulente; il pense que ces accès étaient d'origine toxique et dus à la toxine pneumonique. GEORGES THIBIERGE.

Sur l'influence des conditions météorologiques par la production de la pneumonie fibrineuse, par P.-J. KOLSKY (*Thèse de Moscou*, 1892, *avec* 11 *diagrammes et* 75 *tableaux*).

La question du rôle de l'agent pathogène animé dans la pneumonie fibrineuse n'est pas définitivement résolue et l'influence des autres facteurs, des facteurs météorologiques en particulier, n'est pas suffisamment étudiée. L'auteur a soumis à l'analyse statistique tous les cas de pneumonie fibrineuse observés de 1877 à 1889 dans deux des grands hôpitaux de Moscou, pour découvrir l'influence que la température, l'humidité, la pression barométrique, etc. peuvent avoir sur la fréquence de cette maladie. Il a ainsi obtenu un total de 6198 cas qui présentent la base de sa très consciencieuse étude.

On observe la pneumonie fibrineuse à Moscou plus souvent à des époques auxquelles les conditions météorologiques s'éloignent des conditions normales. Le plus grand nombre des pneumonies correspondent à des températures au-dessous de la normale; à des pressions barométriques supérieures à la normale; aux vents septentrionaux dont la force est inférieure à la force moyenne; à un état hygrométrique avec diminution d'humidité relative. On ne peut pas encore considérer comme résolue la question des rapports qui existent entre la pneumonie et les cyclones et anticyclones. Les variations de température dans les limites autour de 0° sont favorables à l'apparition de la pneumonie; il y a plus de cas de pneumonie dans les hivers doux. En étudiant la courbe de la pneumonie par années, on voit qu'elle suit la courbe barométrique. Quant à l'influence de l'humidité relative, on obtient des résultats contradictoires, suivant les saisons de l'année; la seule chose qui est évidente, c'est l'influence nocive des états extrêmes d'humidité relative. L'opinion que la pneumonie apparaît de préférence avec des vents forts n'est pas basée sur des faits scientifiques; au contraire, aux années où les vents forts dominent correspondent de faibles épidémies pneumoniques.

Les différentes analyses de l'auteur sont consignées dans 75 tableaux illustrés par 11 magnifiques diagrammes.

Un caso di emiplegia pneumonica, par R. MASSALONGO et E. BONATELLI (*Gaz. degli ospitali*, n° 55, 1893).

Les auteurs divisent les cas d'hémiplégie pneumonique en 2 classes : 1° chez les vieillards, mode de début et marche de l'hémiplégie par ramollissement cérébral, se produisant avant la pneumonie, mort constante ; 2° chez les sujets jeunes, l'hémiplégie ne se montre que dans le cours d'une pneumonie confirmée et se termine généralement par la guérison.

Ils rapportent un cas d'hémiplégie survenue à la fin d'une pneumonie et à la suite de 2 accès épileptiformes, de vomissements, de délire avec ralentissement du pouls chez un homme de 42 ans ; guérison complète en quelques jours. Ils pensent que l'hémiplégie, dans ce cas, doit être expliquée par une intoxication d'origine microbienne.

GEORGES THIBIERGE.

Du rôle respectif de la contagion et de l'hérédité dans la propagation de la tuberculose, par HÉRARD, NOCARD, EMPIS, PETIT, etc. (3e *Cong. tuberc., et Mercredi méd.*, 2 *août* 1893).

D'après *Hérard*, la contagion est la cause la plus fréquente de la tuberculose pulmonaire. L'hérédité est un fait indiscutable; ce n'est pas seulement une aptitude morbide que les parents tuberculeux lèguent à leurs enfants; ils leur transmettent souvent aussi le germe même de leur maladie. Dans les tuberculoses externes primitives, l'hérédité joue un rôle prépondérant.

Nocard, ne considérant que la tuberculose bovine et d'après de nombreuses observations, estime que le plus souvent c'est la contagion et non l'hérédité qu'il faut mettre en jeu.

Pour *Empis*, la tuberculose chez l'homme est presque toujours héréditaire; il ne connaît aucun fait indiscutable de la maladie, communiquée par la contagion.

L. H. Petit appréciant, d'après quelques documents, la part qui revient dans la propagation de la tuberculose à l'hérédité de terrain, à l'hérédité de graine et à la contagion, insiste sur les diverses manifestations qui, chez une mère, peuvent faire admettre une tuberculose latente et sur la possibilité, en pareil cas, de voir ses enfants devenir tuberculeux; il en déduit que toute mère suspecte ne doit pas nourrir ses enfants au sein.

Arthaud, qui possède une statistique de 5.000 malades, a pu faire une étude assez complète de ces questions. Pour cet auteur l'hérédité existe dans 40 0/0 des cas de tuberculose pulmonaire et la contagion dans 60 0/0.

Coudray, n'a trouvé l'hérédité, comme facteur étiologique, que 10 fois sur 75 cas de tuberculose externe chez les enfants. Dans la plupart des cas, la cause accidentelle n'a pu être découverte; on a noté 9 fois le traumatisme, 4 fois des accidents pulmonaires, 3 fois une alimentation insuffisante et 1 fois une angine.

OZENNE.

Un cas de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguë combinée, par SARDA et VILLARD (*Revue de médecine*, *p.* 850, 10 *septembre* 1893).

Il s'agit d'un malade qui, après avoir présenté une affection typhoïde

fébrile avec taches rosées, fut pris d'accidents convulsifs, de manifestations délirantes, et mourut au bout de quelques jours après avoir présenté le tableau de certains malades atteints de méningite tuberculeuse.

A l'autopsie, on constata une granulie généralisée avec lésions méningées étendues, mais dans l'intestin grêle, il existait des lésions des plaques de Peyer rappelant tout à fait celles de la fièvre typhoïde. Les cultures pratiquées avec le sang extrait de la rate donnèrent des bacilles d'Eberth manifestes. C. GIRAUDEAU.

Etude clinique sur l'insuffisance fonctionnelle des valvules du cœur gauche, par W. DOMBROWSKI (*Rev. de médecine, p.* 757, 10 *septembre* 1893).

L'insuffisance fonctionnelle des valvules du cœur gauche serait d'après l'auteur beaucoup moins rare qu'on ne le croit généralement si tant est qu'on l'admette.

L'insuffisance mitrale et l'insuffisance aortique fonctionnelle reconnaîtraient un mécanisme très différent. La première serait la conséquence d'un affaiblissement du ventricule gauche : on la rencontrerait toutes les fois que la distension du ventricule gauche devient considérable; sténose de l'aorte, insuffisance des valvules aortiques, néphrite interstitielle, surmenage du cœur et surtout athérome avec dilatation consécutive de l'aorte, myocardites, stéatose, maladies nerveuses, chorée, hystérie, chlorose où elle résulte d'une innervation vicieuse ou des troubles de nutrition du muscle cardiaque, maladies infectieuses aiguës. L'insuffisence par dilatation de l'anneau serait exceptionnelle.

Ordinairement elle se produit par défaut de tension des valves de la mitrale. Elle peut être passagère, disparaissant à mesure que la distension du ventricule diminue. Son pronostic n'est pas très sombre.

L'insuffisance aortique au contraire, se produit par distension de l'anneau valvulaire, elle accompagne l'athérome aortique avec dilatation de la crosse de l'aorte. A l'inverse de la maladie de Corrigan, elle s'établit lentement. Une fois formée elle ne rétrocède plus et aggrave par conséquent le danger de la lésion déjà existante. C. GIRAUDEAU.

De l'enregistrement des pulsations de l'aorte, par BOY-TESSIER et MARCELLIN (*Rev. de méd.*, 10 *septembre* 1893).

Les auteurs profitant de ce que, dans les cas de dilatation de l'aorte, on sent les battements de ce vaisseau en enfonçant le doigt derrière la fourchette sternale, ont eu l'idée d'enregistrer dans certains cas pathologiques les pulsations de l'aorte perçues à ce niveau.

Les tracés pathologiques obtenus, bien que présentant des formes différentes, peuvent, disent-ils, se rattacher à quatre types principaux :

1° Tracés correspondant à des lésions valvulaires avec dilatation de l'aorte. Ces graphiques sont remarquables par leur amplitude ; sur la ligne diastolique, s'inscrira le rétrécissement de l'orifice aortique. La première portion de cette ligne ascensionnelle du tracé sera verticale, mais à mesure que la pression du ventricule augmentera, la masse sanguine ne pouvant qu'en partie franchir l'orifice, inscrira son hésitation sur le tracé par une ou plusieurs dentelures suivant le degré de rétrécissement.

Sur la ligne systolique s'inscrira l'insuffisance des sigmoïdes sous

forme de plusieurs crochets, tandis que l'encoche caractéristique de l'occlusion des sygmoïdes pourra être modifiée ;

2° Tracés correspondant à des lésions valvulaires avec dilatation de l'aorte et altération de ses parois. L'intensité de la ligne d'ascension est moindre que dans les cas précédents ; elle s'incurve à son sommet et peut quelquefois affecter des formes qui s'éloignent du type physiologique si des lésions mitrales existent concurremment avec des lésions aortiques ;

3° Tracés correspondant à une altération des parois aortiques avec hypertrophie du cœur. La ligne ascensionnelle sera verticale dans une très petite partie de sa hauteur, elle s'incurvera en accusant plusieurs dentelures sur la convexité. La ligne systolique sera en général plus verticale que la ligne diastolique, ce qui paraît dû à l'énergie de la contraction cardiaque qui cesse brusquement et au retrait subit des parois aortiques sur elles-mêmes ;

4° Tracés correspondant aux altérations des parois aortiques et du système artériel. Ces tracés se distinguent par leur peu d'amplitude, la direction verticale de la ligne diastolique est presque imperceptible, sa hauteur est d'autant plus petite que le myocarde se contracte plus mal ; la convexité présente de nombreuses dentelures qui sont dues à la difficulté qu'éprouve l'ondée sanguine pour dilater les parois artérielles.

C. GIRAUDEAU.

Etiologie de l'endocardite aiguë, par M.-I. PEVZNER (*Thèse de St-Pétersbourg*, *p.* 105, 1893).

Statistique portant sur 19 cas d'endocardite aiguë observés par l'auteur. 7 de ces cas appartenaient à la forme ulcéreuse, 11 à la forme plastique. Pevzner conclut qu'il n'existe aucune différence étiologique entre les formes ulcéreuse et plastique de l'endocardite aiguë, car dans les deux formes, les agents les plus fréquents de l'infection sont le staphylocoque doré, le streptocoque et le pneumocoque. On trouve encore, par le procédé des cultures, d'autres agents pathogènes sur les valvules altérées, comme le bacille pyocyanique et un streptocoque particulier. Quant aux agents saprophytes isolés à l'aide des cultures (micrococcus caudicans, un coccus jaune liquéfiant, la sarcine jaune et dorée, 4 formes bacillaires), ils n'ont aucun rapport avec l'endocardite, car on les trouve également sur des valvules saines ou atteintes d'athéromatose. — Au début de l'affection, les différences anatomo-pathologiques entre la forme ulcéreuse et la forme végétante sont également nulles. Lorsque les microbes trouvent sur les valvules, un terrain favorable pour leur multiplication, ils peuvent amener la nécrose du tissu sous-jacent et donnent lieu à la forme ulcéreuse, si non, leurs colonies s'enkystent et donnent naissance aux végétations verruqueuses. Au point de vue clinique, les différences entre les deux formes s'expliquent par les seules conditions mécaniques de dissémination de l'agent pathogène.

Dans un cas d'endocardite aiguë consécutive à une pneumonie, les cultures permirent d'isoler le pneumocoque et le bacille pyocyanique. Ce fait explique l'aspect verdâtre des végétations valvulaires signalé par quelques auteurs. Une autre conclusion de ce fait est celle que les voies respiratoires permettent facilement la pénétration des bactéries dans le

sang. — Dans un cas de tuberculose généralisée avec endocardite plastique, Pevzner a trouvé des bacilles sur les valvules; il n'ose cependant pas affirmer que les bacilles aient été la cause de l'endocardite, parce qu'ils ont pu être simplement déposés par le sang sur l'endocarde.

H. FRENKEL.

Contribution à l'étude du rétrécissement pulmonaire préartériel acquis, par Ed. CHRÉTIEN (*Revue de médecine, p.* 696, 10 *août* 1893).

Chrétien décrit surtout les pièces anatomiques recueillies sur un homme de 79 ans dont l'histoire clinique est à peu près inconnue. Il existait au niveau de l'infundibulum un rétrécissement très manifeste, puisque la largeur de ce canal n'était que de 5 à 6 millimètres sur un centimètre de longueur. La face antérieure du canal était recouverte par une plaque d'endocardite ulcéreuse, à bords saillants, polycycliques, résultant de la fusion de deux ulcérations circulaires plus petites, reliées entre elles par une troisième ulcération irrégulière qui paraissait de date plus récente que les deux autres.

Dans le cœur gauche il n'existait pas de lésion valvulaire, mais au niveau du septum lucidum on constatait un petit anévrisme dont l'orifice communiquait avec le ventricule gauche et dont le sommet faisait saillie dans le ventricule droit, au-dessus du point rétréci, c'est-à-dire dans une situation où la pression sanguine n'était pas très considérable. Cette dernière particularité expliquerait, d'après Chrétien, pourquoi l'orifice de l'anévrisme s'ouvrait dans le ventricule gauche ; la pression, en effet, dans celui-ci, était plus considérable que celle qui existait au-dessus du rétrécissement infundibulaire. Quant à la cause de cette *myo-endocardite ulcéreuse*, elle est restée ignorée.

C. GIRAUDEAU.

Ueber die Diagnose beginnender Flüssigkeitansammlungen im Herzbentel (Sur le diagnostic précoce des épanchements séreux du péricarde), par W. EBSTEIN (*Archiv. f. path. Anat. u. Physiol., CXXX*, 3).

Ebstein relate avec soin l'histoire de plusieurs malades qui, à la suite de rhumatisme articulaire aigu, présentèrent une matité s'étendant sur le bord droit du sternum, au niveau du 5e espace intercostal, et dont la plèvre et le poumon furent trouvés en bon état au même endroit. Dans ce cas, la matité précitée indiquait la production de sérosité, c'est-à-dire la formation d'un exsudat dans l'angle droit et inférieur du péricarde.

ÉD. RETTERER.

De la production du premier bruit cardiaque dans le rétrécissement mitral, par Soltau FENWICK et Walker OVEREND (*The Americ. j. of the med. sc., p.* 123, *février* 1893).

La théorie qui attribue le premier bruit du cœur à l'occlusion de la mitrale n'est pas seulement insuffisante, elle n'est pas soutenable. Ce bruit est dû à la fermeture et au resserrement de la valvule tricuspide.

Voici les raisons que donne l'auteur. Les caractères de ce premier bruit dénotent qu'il a une origine valvulaire; pour le produire, il faut une forte tension dans le ventricule, ce qui n'existe pas à ce moment dans le ventricule gauche et existe dans le droit.

Le bruit est synchrone avec la dernière portion du premier bruit et par suite avec la contraction du ventricule droit aussi bien qu'avec celle du gauche.

Le foyer d'intensité maxima de ce bruit répond au ventricule droit. Dans 34 cas de rétrécissement mitral, l'auteur a noté que ce foyer répondait à 1 centimètre à droite du sternum.

Enfin les preuves cliniques sont nombreuses qui démontrent son origine dans le ventricule droit. F. VERCHÈRE.

L'endartérite ou artério-sclérose généralisée, par LANCEREAUX (*Arch. gén. de méd., janvier et février* 1893).

L'aorte est le point de départ habituel de l'endartérite généralisée et le siège de son plus haut degré d'intensité. La membrane interne est la partie du vaisseau lésée tout d'abord. Elle présente toujours les lésions les plus graves.

L'hypertrophie du cœur est un des effets immédiats de l'endartérite généralisée. Elle est due à la perte de l'élasticité des vaisseaux.

Tous les viscères abdominaux, sauf peut-être le foie, sont altérés. La rate est petite et indurée. Les reins sont atrophiés. Les poumons subissent des altérations, dont l'emphysème est l'aboutissant. L'estomac est induré et congestionné. Les intestins ont leur muqueuse hyperémiée, parfois parsemée d'érosions superficielles.

Les muscles sont amincis et décolorés. La fibre musculaire est granuleuse.

Les ventricules du cerveau sont dilatés et remplis de liquide. La substance nerveuse décolorée et comme macérée présente des points de ramollissement et des lacunes en nombre variable, d'une étendue de 1 à plusieurs millimètres.

Les veines épaissies et allongées deviennent variqueuses.

Les articulations présentent une usure presque constante au centre des cartilages diarthrodiaux avec des ostéophytes.

Un des premiers symptômes appréciables consiste dans l'induration et la sinuosité des artères périphériques. Puis vient l'hypertrophie du cœur, souvent accompagnée de souffles à la base.

La tension artérielle est généralement élevée. Les urines sont augmentées.

Il survient une anémie plus ou moins profonde.

Les accidents secondaires arrivent en dernier lieu, liés : les uns à l'ischémie, les autres à la dégénérescence de la fibre musculaire. L'état du foie est le critérium absolu de la fonction du cœur et le meilleur indice de son degré d'altération.

L'endartérite généralisée évolue d'une façon lente, insidieuse et progressive.

L'alcoolisme n'est jamais une cause d'endartérite généralisée.

La véritable cause de l'artério-sclérose est l'herpétisme.

Le traitement doit s'adresser à la cause, l'herpétisme, névrose vasotrophique, à laquelle s'adressent plusieurs agents : le bromure de potassium, la quinine, le seigle ergoté et surtout l'hydrothérapie.

La lésion sera immédiatement combattue par l'emploi de l'iodure de de potassium, longtemps continué à la dose de 1 à 2 grammes dans les 24 heures. RICHARDIÈRE.

Péricardite tuberculeuse, par William OSLER (*The Americ. j. of the med. sc.*, *p.* 20, *janvier* 1893).

Après le rhumatisme, la tuberculose est la cause la plus fréquente de la péricardite. Cette tuberculose du péricarde est due, dans la majorité des cas, à l'infection de la séreuse par les ganglions du médiastin caséeux. L'affection peut être limitée à ces ganglions et au péricarde sans autre manifestation tuberculeuse. Une cause moins fréquente est l'extension d'une lésion pleurale ou pulmonaire. Enfin le péricarde peut être atteint dans les cas de généralisation.

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut diviser ces péricardites en deux groupes : ceux avec adhérences solides entre les deux feuillets du péricarde, généralement très épaissis ; ceux avec épanchements récents, fibrineux, séro-fibrineux, hémorragiques ou purulents. Les premiers sont plus fréquents.

Le cœur est d'ordinaire augmenté de volume, puis dans les dernières périodes plus ou moins atteint de dégénérescence graisseuse. Rarement la tuberculose envahit le myocarde au niveau des ventricules, il n'en est pas de même au niveau des oreillettes.

Au point de vue clinique l'auteur a rangé les faits en quatre groupes : 1° Péricardite tuberculeuse latente ; 2° symptômes d'insuffisance cardiaque suivant la dilatation et l'hypertrophie consécutives à la péricardite adhésive chronique ; 3° tuberculose aiguë ; 4° symptômes de péricardite aiguë.

Il est présumable que la péricardite comme la péritonite tuberculeuse est susceptible de guérir. Cependant les cas où se produit une symphyse cardiaque doivent être considérés comme presque toujours mortels. L'application d'un sac de glace en permanence paraît être le meilleur traitement, en y ajoutant la paracentèse, s'il y a de l'épanchement. F. VERCHÈRE.

La febbre; esposizione sommaria delle attuali conoscenze sul processo febbrile, par G. UGHETTI (1 *vol. in*-8° *de* 211 *pages*, *Milan*, 1893).

Exposé clair et très documenté des notions acquises et des opinions émises sur le processus fébrile. L'auteur étudie successivement la chaleur animale, les causes et les théories de la fièvre, au sujet desquelles il professe une opinion quelque peu éclectique, n'osant conclure si le mécanisme de la fièvre est identique dans tous les cas ou différent suivant les cas ; il décrit ensuite avec soin les symptômes de la fièvre, les altérations anatomiques qu'elle produit, les types qu'elle revêt, puis la thérapeutique ; dans ce chapitre, il émet quelques doutes sur l'utilité des antipyrétiques en général pour lesquels il professe un enthousiasme médiocre. GEORGES THIBIERGE.

Sur une sorte de fièvre fréquente sur les côtes de la Méditerranée, par L. HUGHES (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 8, *p.* 628, 25 *août* 1893).

La fièvre méditerranéenne tient cliniquement une place entre la fièvre typhoïde et la malaria, dont elle se différencie par la présence d'un microorganisme spécifique (micrococcus melitensis). Elle paraît être une fièvre contagieuse d'un type mobile, caractérisée par une durée indéfinie

et une marche irrégulière, causée par un poison du sang d'origine fécale et capable de prendre une forme aérienne organisée. PAUL TISSIER.

Superarbitrium der k. w. Deputation für das Medicinalwesen ueber die im Odergebiet 1891 beobachtete « Schlammkrankheit », par GERHARDT et RUBNER (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanit.*, 3e *série*, *V*, 382, *avril* 1893).

Relation d'une singulière épidémie survenue pendant l'été de 1891, dans le bassin de l'Oder : les paysans l'ont baptisée la « maladie vaseuse » pour en indiquer l'origine présumée. La maladie vaseuse est caractérisée surtout par deux symptômes, fièvre et éruption, dont le premier seul est constant. Dans tous les cas, le début a été brusque, accompagné généralement d'un violent frisson ou de frissonnements répétés et de douleurs dans l'occiput, les reins et les membres. Des gens robustes ont été pris de syncopes, d'étourdissements ou de vomissements. La plupart des malades sont obligés de s'aliter immédiatement. Leur température s'élève très rapidement à 39, 40 ou 41 degrés; elle reste dès lors au même degré jusqu'à l'apparition de l'éruption, à la suite de laquelle elle descend peu à peu; on compte en moyenne 8 jours pour que la température soit redescendue à la normale; assez souvent, après un jour d'apyrexie, on note le lendemain une élévation passagère de 1°. Le pouls ne s'accélère pas très notablement, durant la fièvre (90-114); ensuite, il retombe à 44 ou 60; quelques observateurs ont mentionné de l'herpès labial fébrile.

L'éruption débute du 2e au 6e jour, en moyenne du 3e au 5e et dure de 2 à 8 jours. Elle commence par les régions claviculaires et s'étend au reste du corps, en laissant la face indemne. Elle se compose de taches rouges, morbilliformes, souvent un peu saillantes et accompagnées de tuméfaction des follicules, mais elle offre d'assez nombreuses variétés : tantôt c'est une rougeur uniforme, tantôt on ne la voit que par places. La desquamation est exceptionnelle. Le plus souvent, il coexiste de la conjonctivite et de la rougeur indolore de la gorge. La muqueuse respiratoire reste généralement indemne. Tantôt il y a constipation, tantôt diarrhée. Les rechutes sont rares et courtes. La mortalité est nulle.

Les malades sont en majeure partie des ouvriers des champs travaillant dans des terrains marécageux ou inondés; les enfants sont rarement atteints. Beaucoup attribuent leur maladie à l'ingestion d'eau des fossés. La garnison de Kosel a compté 33 malades dont 23 fréquentaient l'école de natation située sur l'Oder. Le caractère contagieux de l'affection est peu marqué.

La maladie vaseuse, dont la cause vraie est encore inconnue, présente certaines ressemblances avec la dengue et avec le typhus. Les examens négatifs du sang ont montré qu'il ne s'agissait ni d'affection paludéenne ni de fièvre à rechutes. Elles offre maintes analogies avec une affection épidémique décrite en 1891 par Globig (*Militärärtztliche Zeitschrift*) qui en a noté 84 cas parmi les hommes de l'artillerie de marine suivant les leçons de natation à Lehe. Mais dans cette épidémie de Lehe, l'affection était précédée d'un malaise d'au moins 1 jour, le début n'était pas si brusque, la fièvre tombait rapidement, les rechutes étaient fréquentes et l'éruption rare (7 cas); l'examen bactériologique avait été négatif. J. B.

Le choléra en 1892 à New York, sa prophylaxie et son traitement, par VILCOX (*The Americ. j. of the med. sc., p.* 48, *janvier* 1893).

Dans aucun des faits signalés, après la plus attentive et la plus consciencieuse enquête, il n'a été possible de trouver la voie d'introduction de l'infection. Les cas apparaissent dans les points les plus éloignés de la ville et aucun d'eux ne paraît pouvoir être en rapport avec quelque autre. Il semblerait qu'il y ait eu quelque rapport avec les professions exercées par les malades : c'étaient des marchands de comestibles et surtout des bouchers.

On examina 36 cas suspects, dans chacun de ceux où on trouva le spirille du choléra (huit cas), la mort survint, pendant que dans les autres cas où on ne trouva pas le spirille cholérique, on ne signala qu'une mort.

Dans deux faits cependant, suivis de guérison, on ne fit pas l'examen biologique ; ils présentaient de tels rapports avec les faits démontrés de choléra asiatique, qu'il semble prouvé qu'ils peuvent être regardés comme de même nature. F. VERCHÈRE.

Ueber die Körperwärme..... (De la température et du traitement dans les différents stades du choléra), par VOGL (*Münch. med. Woch., n*os 23 *et* 24, *p.* 429 *et* 452, 1893).

L'auteur distingue deux sortes de cas : 1° cas normaux où la diarrhée cholérique est divisible en trois stades : *a*) un stade préalgide où, après une élévation thermique passagère, il se fait soudain un abaissement de la température axillaire et rectale ; *b*) un stade d'algidité où, dans la cholérine et le choléra, les températures axillaire et rectale continuent à rester basses, mais où la température axillaire s'éloigne considérablement de la seconde. Ce stade dure de 24 à 36 heures, rarement 3 jours ; *c*) un stade de réaction où les températures axillaire et rectale s'élèvent, la différence entre les deux se maintenant à 0°5. — 2° Dans les cas anormaux il distingue : *a*) les cas foudroyants où la température s'élève rapidement dans le rectum et dans l'aisselle, après un stade d'algidité, mais en laissant entre les deux un écart de 2° ; *b*) les cas où la mort a lieu dans la période de réaction ; *c*) ceux où, sans réaction ou après réaction incomplète, il y a mort dans le collapsus le plus profond ; *d*) sont encore anormaux certains cas où la température de la période de réaction se maintient en plateau à 40° pendant 5 ou 6 jours puis descend graduellement en 3 ou 4 jours. Au point de vue thérapeutique, il passe en revue les différentes méthodes et insiste sur les bons effets de l'emploi combiné de l'eau à l'extérieur et des injections intra-veineuses. C. LUZET.

I et II. — Rapports au XIIe **congrès de médecine interne sur le choléra, par RUMPF et par GAFFKY.**

III. — Discussion (*Berlin. klin. Wochens., n°* 17, *p.* 412 *et n°* 18, *p.* 434 *et* 435, 24 *avril et* 1er *mai* 1893).

I. — Dans l'épidémie de Hambourg (1892), un tiers des cholériques ont succombé au milieu des phénomènes aigus. Les deux tiers des décès ont eu lieu dans les deux premiers jours de l'attaque. Entre ces cas d'une acuité extrême et ceux dans lesquels ont eu le temps de se produire des

complications secondaires, il est un groupe intermédiaire dans lequel la mort est survenue à la suite d'une rechute ou par simple épuisement, sans qu'il y ait eu ni rechute, ni complication secondaire.

Dans toutes les autopsies de morts dans les 7 premiers jours, on a trouvé les bacilles ; on en a même trouvé jusqu'au 18e jour de l'attaque. On a constaté aussi la présence du bacille cholérique dans les matières fécales solides d'un certain nombre de gens parfaitement sains ; c'est la confirmation de ce que disait Lebert que les germes cholériques passent à travers l'organisme de beaucoup de personnes sans les rendre malades. La période d'incubation dure au moins un jour.

Lors du réveil de l'épidémie, on a noté 63 cas de choléra vrai, 6 cas de choléra nostras sans bacilles et 124 cas de diarrhée suspecte, également sans bacilles.

Aux débuts de l'épidémie et lors de son réveil, les bacilles en virgule se développaient souvent beaucoup plus lentement qu'à l'apogée de l'épidémie. Maintes fois, ils manquaient à la période aiguë d'une attaque pour apparaître plus tard ; donc, au point de vue du diagnostic clinique, on ne saurait tenir toujours compte d'un examen bactérioscopique négatif.

Comme affections secondaires, on a noté parfois des diarrhées tenaces non bacillaires.

La réaction fébrile, dite typhoïde, a été de pronostic assez bénin, dans l'épidémie hambourgeoise ; en revanche la somnolence apyrétique a été mortelle 90 fois sur 100.

Les troubles de la sécrétion rénale ont fait défaut dans un cinquième des cas. Bien que les cas sans anurie guérissent plus facilement, une anurie de plusieurs jours n'exclut pas la possibilité de guérison. Le plus souvent, la sécrétion urinaire ne se rétablit que graduellement. Il est de règle que les premières urines renferment de l'albumine et des cylindres. Le coma peut coexister avec des urines de quantité normale. Les lésions rénales sont d'abord microscopiques : dilatation des canalicules et tuméfaction de l'épithélium. A partir du 2e jour, se montrent des altérations macroscopiques coïncidant avec la dégénération de l'épithélium. Du 2e au 4e jour, il y a modification de la teinte de la substance corticale qui, sur les coupes, devient rouge brun ou vineux. Ultérieurement, la restauration de l'épithélium s'opère très vite. Il n'y a ni lésions vasculaires ni lésions interstitielles. Pour Rumpf, ce sont les toxines et non l'ischémie qui provoquent les lésions de l'épithélium rénal. Comme affections consécutives, on a noté la fréquence des troubles gastro-intestinaux et de la neurasthénie, parfois même des troubles mentaux. Rumpf conclut : 1° Le bacille en virgule doit être regardé comme la cause du choléra asiatique ; mais sa présence dans l'intestin n'entraîne pas nécessairement la production du choléra ou d'une affection cholériforme. 2° L'existence de bacilles en virgule chez des personnes d'apparence parfaitement saine, fait penser que ces bacilles perdent temporairement ou définitivement leur virulence. Puisqu'en temps d'épidémie, le même agent provoque dans un cas une attaque de choléra, tandis qu'il ne trouble pas la santé chez un autre individu, il faut d'autres causes adjuvantes pour produire le choléra. Ces causes adjuvantes consistent plutôt en des dispositions individuelles qu'en des circonstances de temps et de lieu ; mais ces dernières peuvent, sans aucun doute, influer secondairement sur les dis-

positions individuelles. 3° La prédisposition individuelle tient essentiellement à des troubles digestifs qui peuvent avoir leur origine aussi bien dans l'ingestion d'aliments impropres, que dans la présence d'autres agents morbides au sein de l'intestin. A cet égard, on doit tenir grand compte de la multiplication des cas de choléra nostras et de catarrhes intestinaux en temps d'épidémie de choléra asiatique. 4° Malgré la présence de bacilles en virgules dans l'intestin, leur recherche, à l'aide des cultures sur plaques, peut rester négative des jours entiers. Le traitement par le calomel ainsi que par les lavements d'eau de savon paraît retarder le développement des bacilles en virgule. 5° Les bacilles cholériques agissent surtout en produisant des toxines qui lèsent l'épithélium intestinal et rénal et paralysent la circulation et la calorification. 6° Ces bacilles peuvent rester vivants 18 jours et peut-être même davantage dans l'intestin humain. Ainsi peuvent s'expliquer une partie des phénomènes morbides secondaires, tels que le coma. 7° Il n'y a pas de traitement spécifique du choléra.

II. — Le bacille de Koch ne se rencontre que dans le choléra asiatique, mais il peut faire défaut dans certains cas de cette maladie : 3 fois sur 54 cas graves, lors du réveil de l'épidémie. A l'hôpital Moabit (Berlin), sur les 30 cas où l'on a constaté les bacilles, la moitié ont été suivis de décès, tandis que des 207 malades chez lesquels ils manquaient, 1 seul a succombé. La gravité des cas n'est nullement en rapport avec le nombre des bacilles.

Dans l'expérience de Munich, Emmerich qui n'a ingéré que la 10e partie des cultures ingérées par Pettenkofer, a été beaucoup plus malade que lui ; preuve du rôle que joue la prédisposition individuelle. A deux reprises, on a examiné les matières fécales de toutes les personnes qui s'étaient trouvées en rapport avec un cholérique. Dans le premier cas, il s'agissait de 24 personnes dont 4 présentèrent les bacilles sans qu'aucune fût malade. Dans le deuxième cas, il s'agissait de 17 personnes, 2 ont été atteintes de choléra, mortel pour l'une, et 4 autres avaient des bacilles dans leurs selles, mais restèrent bien portantes. L'eau doit être considérée en général comme l'agent principal de propagation du choléra, sans doute, ainsi que l'a remarqué Ewald, parce que, de tous les aliments, c'est celui qui franchit le plus aisément l'estomac, sans être modifié ; ainsi s'explique pourquoi les saisons sèches et chaudes, où l'on boit le plus d'eau, sont les plus favorables aux épidémies cholériques. Le niveau de la nappe souterraine a beaucoup moins d'importance, car le choléra a sévi bien plus fortement dans l'été pluvieux et orageux de 1866, que dans l'été sec de 1857.

III. — D'après Baelz, au Japon, le choléra sévit si fréquemment qu'on peut le regarder comme endémique. C'est l'eau qui joue toujours le principal rôle, comme agent de dissémination.

Senator est d'avis qu'on n'a pas encore élucidé la question de savoir s'il n'est pas des cas de choléra sans bacilles. Quand on songe qu'à Berlin, on observe dans le même temps 30 cas de choléra et 207 cas de choléra nostras, c'est-à-dire sans bacilles, il est bien difficile de se refuser à l'idée d'une parenté entre les deux maladies, d'autant plus qu'à l'autopsie des cas de choléra nostras, on trouve les mêmes lésions rénales que dans

le choléra indien, tandis qu'elles font défaut dans les cas sporadiques et dans le choléra infantile.

Pour Klebs les dépôts gélatiniformes en couche plus ou moins épaisse sur l'intestin sont absolument caractéristiques du choléra car ils ne se retrouvent que dans la trichinose.

Quincke et Fürbringer estiment aussi qu'on réunit sous le nom de choléra nostras, des affections peut-être très différentes.

Rumpf, à l'inverse de Baelz, ne croit pas que le transport des malades, même dans un hôpital assez éloigné, constitue pour eux un péril. A l'époque où l'épidémie était dans toute son intensité à Hambourg, on admettait alternativement les cholériques dans le vieil hôpital situé tout près des quartiers occidentaux envahis et dans le nouvel hôpital placé à 3/4 de lieue de distance : la mortalité du premier s'est élevée à 52,19, celle du deuxième à 52,2, soit très sensiblement le même chiffre. J. B.

Les réflexes pupillaire et rotulien envisagés au point de vue du pronostic dans le choléra, par GALLIARD (*Soc. méd. des hôp.*, 23 *juin* 1893).

De l'étude faite sur 153 cholériques algides il résulte :

1° Que la mobilité pupillaire est un phénomène plutôt favorable; que la paresse des pupilles n'a pas de valeur ; que l'inertie complète des pupilles est un phénomène le plus souvent fâcheux ;

2° Que l'exaltation du réflexe rotulien est fâcheux ; que sa conservation est plutôt favorable ; que son abolition est souvent défavorable ;

3° Que si un cholérique algide conserve simultanément ses deux réflexes il a deux chances de salut sur trois ; que s'il les perd simultanément il n'a plus qu'une chance sur trois. H. L.

Sur un cas de dyspepsie avec chimisme variable, par G. LINOSSIER et J. LEMOINE (*Rev. de médecine, p.* 376, *mai* 1893).

Chez un malade dyspeptique atteint en outre de mérycisme, Linossier et Lemoine ont pu, à des intervalles espacés, pratiquer 101 analyses complètes de suc gastrique. Les résultats obtenus sont des plus intéressants car ils prouvent que chez un même malade, en dehors de toute affection stomacale aiguë ou périodique comme le gastroxynsis, les crises gastriques du tabes, etc., on peut observer tantôt de l'hyperchlorhydrie, tantôt de l'hypochlorhydrie, tantôt enfin un chimisme en apparence normal. Ils pensent qu'il s'agit là d'une forme particulière de dyspepsie à chimisme variable et insistent sur la difficulté qu'il y aurait eu dans ce cas à faire le diagnostic véritable, si un seul examen du suc gastrique avait été pratiqué, suivant l'époque à laquelle cet examen aurait eu lieu ; le malade, d'après les résultats de l'analyse, aurait été classé dans le groupe des hyperchlorhydriques, des hypochlorhydriques ou même des sujets à chimisme en apparence normal et aurait été traité comme tel.

C. GIRAUDEAU.

Su di un caso di gastrite plastica (Gastrite del Brinton), par V. GABBI (*Riforma medica, p.* 663 *et* 676, 6 *et* 7 *septembre* 1893).

Femme de 63 ans, atteinte de troubles digestifs avec cachexie et tumeur épigastrique ayant fait diagnostiquer un cancer; achlorhydrie dans les vo-

missements. A l'autopsie, les parois de l'estomac sont épaissies, surtout dans la région pylorique, où elles atteignent 2 centimètres; la muqueuse pâle et irrégulière; léger rétrécissement du pylore; le tissu stomacal est dur, fibreux, homogène. Au microscope, les lésions ont leur maximum au niveau de la sous-muqueuse. GEORGES THIBIERGE.

Ueber Infusoriendiarrhoe, par ROOS (*Deut. Arch. f. klin. Med., LI, p.* 505, 1893).

Dans quelques cas de diarrhée, l'auteur a observé des quantités considérables d'infusoires (megastoma entericum, trichomonas intestinalis, cucomonas et autres formes non classées). Il croit à leur action pathogène chez l'homme. Le balantidium semble capable de produire des lésions intestinales prononcées. Ce mégastoma se collant par sa ventouse sur l'épithélium de l'intestin grêle peut, s'il est en grande quantité, produire une variété grave d'anémie. Une preuve de leur activité serait, selon lui, leur diminution progressive à mesure que la diarrhée diminue d'intensité. Il conseille le calomel comme moyen de se débarrasser des parasites et de leurs effets. C. LUZET.

Infection biliaire et lithiase. Rôle de la fièvre typhoïde dans l'étiologie de la lithiase biliaire, par DUFOURT (*Rev. de médecine*, 10 *avril* 1893).

L'auteur rapporte dans ce travail plusieurs observations de lithiase biliaire consécutive à la fièvre typhoïde. Il se demande, en outre, si d'autres infections biliaires, l'ictère catarrhal, par exemple, ne peuvent pas déterminer une angiocholite, capable comme celle de la dothiénentérie, de favoriser ultérieurement la formation de calculs biliaires. Enfin, il croit qu'à côté de ces lithiases consécutives à des infections il faut décrire des lithiases diathésiques, c'est-à-dire arthritiques. C. GIRAUDEAU.

Le mal de Bright épidémique, par FIESSINGER (*Rev. de médecine, p.* 404, 10 *mai* 1893).

Fiessinger a observé à Oyonnax de septembre 1891 à février 1892 dix cas de mal de Bright survenus en dehors de toute épidémie de scarlatine; aussi croit-il qu'il existait un lien pathologique entre ces divers malades et formule-t-il les conclusions suivantes :

1° Certains maux de Bright en dehors de toute scarlatine concomitante évoluent à la façon des maladies infectieuses et rappellent particulièrement les maladies à germes médiocrement spécifiques qui tantôt se développent spontanément aux dépens de germes que nous hébergeons peut-être dans la bouche et tantôt se transmettent par contagion (angine, grippe endémique, pneumonie, etc.);

2° Dans une même épidémie se rencontrent toutes les formes de la maladie, depuis le mal de Bright infectieux ou néphrite bactérienne primitive jusqu'au mal de Bright chronique évoluant suivant le type classique. C. GIRAUDEAU.

Etude sur le brightisme. Petite urémie, petits accidents du mal de Bright, par DIEULAFOY et G. SÉE (*Bull. Acad. méd.*, 6 *et* 27 *juin* 1893).

Dieulafoy envisage tout d'abord les néphrites dans leurs rapports avec l'albuminurie; des nombreuses observations qu'il a faites, il conclut que

l'absence ou la disparition plus ou moins prolongée de l'albumine au cours de la maladie de Bright est un fait assez commun. L'albuminurie n'a donc qu'une valeur secondaire comme signe diagnostique et pronostique de la maladie de Bright.

Que l'albuminurie existe ou non, le brightisme ou petite urémie, peut être caractérisé par un certain nombre de petits accidents importants au point de vue du diagnostic ; ce sont des troubles auditifs fréquents, le vertige, le symptôme du doigt mort qui est fréquent, de vives démangeaisons, la pollakiurie, la cryesthésie, les crampes des mollets, les épistaxis matutinales et la secousse électrique.

Ces différents accidents peuvent être associés aux grands symptômes de la maladie confirmée, mais souvent ils les précèdent ou n'existent que seuls. Ils doivent servir d'avertissement et engager à se soigner, qu'on soit ou non albuminurique. Pour ce qui est du traitement, Dieulafoy estime que le régime lacté doit être imposé dans la petite comme dans la grande urémie avec ou sans albuminurie.

En envisageant ainsi la question du brightisme, on doit élargir le cadre et considérer l'affection dans ses associations possibles avec d'autres états pathologiques. C'est ce que fait l'auteur en étudiant ce qu'il appelle le brightisme arthritique, le syphilo-brightisme et le chloro-brightisme.

Lancereaux, qui ne regarde également l'albuminurie que comme un symptôme inconstant, est d'avis que la plupart des petits accidents, décrits par Dieulafoy comme signes du brightisme, ne sont que des effets de l'artério-sclérose. C'est encore par suite de cette lésion que l'on peut observer le brightisme chez les goutteux et les chlorotiques; il y a dans ces cas, de même que dans la syphilis accompagnée d'albuminurie, des conditions pathogéniques particulières et d'un autre ordre.

G. Sée soutient que l'albuminurie manque rarement d'une manière complète dans les néphrites.

Les petits signes du mal de Bright n'ont pas de valeur absolue, car ils existent dans d'autres maladies du système nerveux. OZENNE.

The albuminuria and the Bright's disease of uric acid and of oxaluria, par J.-M. DA COSTA (*Am. j. of the med. sc., p.* 1, *janvier* 1893).

Le groupe réuni sous le nom de mal de Bright n'est pas un, il faut y faire plusieurs subdivisions non seulement au point de vue théorique, mais aussi au point de vue des manifestations cliniques qui permettent de les distinguer. L'auteur appelle l'attention en particulier sur le groupe caractérisé par un excès d'acide urique et l'oxalurie. D'après les faits observés on remarque dans ces cas des troubles de la nutrition, une augmentation de la densité de l'urine, de la production des urates et la présence de l'albumine. Fréquemment on signale des troubles de l'intelligence ; une fatigue facile et rapide, un pouls intermittent, le refroidissement des extrémités. Les troubles du système nerveux sont très marqués, l'agitation, l'excitabilité, et inconstamment de la céphalée, des vertiges, de la mélancolie, de la perte de mémoire. Les troubles dyspeptiques sont la règle, accompagnés de symptômes d'indigestion intestinale avec flatulence, L'hypertrophie et les lésions du cœur de la maladie de Bright manquent ici, de même que l'œdème et les lésions oculaires. Un symptôme par-

ticulier consiste dans une légère chute de la température, chaque après-midi.

Les caractères des urines sont significatifs. La densité oscille entre 1022 et 1028 ; l'auteur cite un cas à 1036. Il se forme un dépôt d'urates, d'acide urique, souvent accompagnés de mucus. Au microscope, on trouve associées des quantités de cristaux d'oxalate de calcium. L'acide urique peut ne pas se déposer et on doit le révéler par les réactifs chimiques. Les autres sels de l'urine sont diminués ou en quantité normale, sauf les phosphates qui sont parfois augmentés. Les rapports de l'urée et de l'acide urique sont variables.

La quantité d'albumine est d'ordinaire faible, et varie d'un jour à l'autre. Les cylindres sont rares ou complètement absents ; hyalins, transparents, épithéliaux, rarement granuleux, jamais en dégéréresence graisseuse.

Cette forme du mal de Brigth vient surtout pendant la période de croissance et n'affecte pas le sexe masculin. Le pronostic est bénin, mais la durée peut être très prolongée. Dans quelques cas même la terminaison a été la néphrite interstitielle. F. VERCHÈRE.

Ueber Oesophagitis dissecans superficialis..... (Sur l'œsophagite dissécante superficielle et sur l'épithélium de l'œsophage de l'homme), par G. SCLAVUNOS (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol., CXXXIII*, 2).

Sclavunos décrit le cas d'un individu de 25 ans, qui, après avoir bu à diverses reprises de l'alcool très fort, vomit deux litres de sang environ, et dont la muqueuse de l'œsophage se détacha ensuite sous la forme d'un tube membraneux long de 10 centimètres environ.

La plus grande étendue du tube membraneux est constituée par de l'épithélium pavimenteux stratifié ; mais, sur certains points on le voit doublé d'une couche conjonctive sous-jacente. Les cellules épithéliales des couches profondes sont gonflées et remplies de vacuoles à la suite d'une dégénération hydropique. Les cellules sont réunies les unes aux autres par des ponts protoplasmatiques entre lesquels se trouvent des espaces notablement dilatés.

La couche la plus superficielle, ou interne de l'épithélium, présente une assise cellulaire dont les éléments renferment un noyau et sont aplatis. Ces éléments sont remplis de granulations d'éléidine, comme la couche cornée de l'œsophage d'autres vertébrés.

En résumé, l'œsophagite dissécante superficielle peut résulter de l'action d'agents chimiques extérieurs. Les cellules profondes de l'épithélium œsophagien sont reliées entre elles par des ponts protoplasmatiques. Les granulations d'éléidine existent dans les cellules superficielles de l'épithélium œsophagien de l'homme. ED. RETTERER.

Die Aetiologie des infektiœsen fieberhaften Ikterus (Weil'sche Krankheit), par H. JAEGER (*Zeitschr. f. Hyg. und Infektionskrank., XII, et Hyg. Rundsch., III, n° 8, p.* 355, 15 *avril* 1893).

L'ictère fébrile infectieux ou maladie de Weil se montre tous les étés parmi les troupes de la garnison d'Ulm où Jaeger en étudie la bactériologie depuis 1889. Il y a découvert un microbe spécial, le *bacille protée fluorescent*, qu'il considère comme l'agent morbide.

Aux dépens des organes de 2 victimes de cette affection, il a cultivé de courts bâtonnets, excessivement mobiles, munis sur leurs longs côtés de nombreux flagella ; ces bacilles, arrondis à leurs extrémités, sont de longueur si variable qu'on trouve côte à côte toutes les formes intermédiaires, depuis le coque jusqu'au filament. Ils sont difficiles à colorer : avec la fuchsine phéniquée chaude, ils se teignent davantage aux extrémités qu'au centre qui garde toujours une certaine transparence. Tout en étant de même provenance, les uns liquéfient la gélatine, d'autres non. Aussi leur mode de développement rappelle-t-il, tantôt le choléra, tantôt le charbon, mais plus généralement il répond à celui des espèces de protée, parmi lesquelles Jaeger range les bacilles de l'ictère infectieux. Ils croissent également bien sur gélatine, agar, pommes de terre, dans le bouillon de viande, à l'étuve et à la température de la chambre. Ils rendent la gélatine et l'agar d'un beau vert fluorescent et dégagent assez souvent du gaz. Leur inoculation intrapéritonéale ou sous-cutanée fait périr les souris et les pigeons ; leur virulence s'exalte par le passage d'un animal à l'autre. On les retrouve dans les organes des animaux infectés.

Jaeger les a vainement cherchés dans le sang de 6 malades qui ont guéri, mais il les a décelés dans le sédiment de leurs urines. La pathogénie de l'ictère de Weil concorde bien avec l'idée d'un microorganisme de putréfaction. En effet, on lui reconnaît, en première ligne, comme causes, l'ingestion d'eau impure, d'eau d'égout et d'aliments corrompus. A Ulm, elle atteint de préférence les soldats qui fréquentent le bain du Danube, situé le plus en aval de la ville, au-dessous de l'embouchure de la Blau dont les différents bras traversent Ulm et viennent souiller l'eau du Danube très pure en amont de la ville.

La maladie de Weil est exceptionnelle dans la population civile d'Ulm ; en revanche on l'observe dans le village de Sœflingen, situé sur la Blau, en amont d'Ulm. Dans la même localité, règne depuis des années une épizootie des oiseaux de basse-cour, qui revient régulièrement chaque printemps pour se prolonger jusqu'à l'automne, atteignant les oies, les canards et les poules. Sur 5 de ces bêtes mortes de la maladie, Jaeger a constaté de la jaunisse, de l'inflammation et de l'adipose du foie et des reins, des congestions et des extravasats sanguins dans les points les plus variés ; enfin l'examen bactérioscopique par le microscope et les cultures lui a donné les mêmes résultats que chez les hommes ayant succombé à la maladie de Weil. Les volailles mortes étant jetées à l'eau, il est présumable que celle-ci charrie au loin les germes morbides. Au surplus, Jaeger s'est assuré que la Blau contenait réellement le bacille protée fluorescent. Son inoculation directe à des souris n'a rien donné ; mais en en mêlant 1 centimètre cube à du bouillon de viande, maintenu 2 jours à l'étuve, il a suffi d'injecter trois dixièmes de centimètre cube de ce bouillon infecté dans la cavité péritonéale de souris, pour les faire périr en seize heures ; les organes de ces souris renfermaient le même microorganisme.

En terminant, Jaeger émet l'opinion que l'épizootie de Sœflingen et la maladie de Weil à Ulm doivent leur commune origine à l'importation d'oiseaux de basse-cour venant d'Italie, pays où les maladies même mortelles causées par des protées ne sont pas rares, aux dires de Bordoni-Uffreduzzi, de Foa et Bonome. J. B.

Du foie infectieux, par GASTOU (*Thèse de Paris*, n° 205, 1893).

L'auteur distingue trois sortes d'états du foie infectieux : le foie infecté, le foie infectieux proprement dit, et le foie infectant. Le foie infecté est une hépatite aiguë diffuse, survenant au cours de toute maladie infectieuse par suite de l'action sur le foie de l'élément infectieux. Anatomiquement on trouve une infiltration embryonnaire des espaces portes et des capillaires, des phlébites portes et sus-hépatiques, des altérations cellulaires (dégénérescences et prolifération), et souvent la formation de néo-canalicules biliaires. Cliniquement : affaiblissement organique, cachexie et infections rapides, fièvre, urobilinurie, gros foie plus ou moins douloureux.

Si la mort ne survient pas, après la guérison de la maladie infectieuse, le foie peut rester malade, c'est ce que Gastou appelle foie infectieux. Cliniquement : teinte septicémique de la peau, hémorragies par la peau et les muqueuses, œdèmes, urobilinurie, en somme un état commun à toutes les lésions du foie, quelle que soit leur origine : l'hépatisme. Anatomiquement : lésions systématisées par les capillaires qui sont en état de capillarite chronique, d'où cirrhose annulaire ou insulaire, uni ou multilobulaire, mais toujours interlobulaire, trabéculaire, intercellulaire, avec foyers de dégénérescences cellulaires, ou nodules infectieux. De cette cirrhose existent deux types, suivant que les éléments embryonnaires ou les néo-canalicules biliaires prédominent, et des variétés dues à l'association d'autre lésions (syphilis, tuberculose, cancer, troubles cardio-vasculaires, cachexies).

Associé aux hépatites et cirrhores, le foie infectieux donne le foie infectant. Anatomiquement : cirrhoses mixtes ; cliniquement : aggravation des affections hépatiques, phénomènes infectieux tels que pneumonie, pleurésie, endocardite, méningite, etc.

Le syndrôme clinique hépatisme permet de reconnaître le foie infectieux, qu'il soit seul ou qu'il s'associe aux autres hépatites ou cirrhoses.

Le foie infectieux résulte (expérimentalement) de l'infection gastro-intestinale, transmise au foie par les radicules portes intestinales, altérant d'abord les capillaires puis les cellules et facilitant les infections biliaires, toujours précédées de cette infection par la voie sanguine.

L'intoxication qui agit par capillarité (alcool, plomb) crée dans le foie un lieu de moindre résistance qui facilite l'infection.

Il n'existe pas de relation entre tel ou tel agent pathogène et telle ou telle forme de cirrhose infectieuse. Les agents trouvés sont pour la plupart d'origine intestinale: micrococques, diplocoques, staphylocoques, streptocoques, bacilles. L'un d'eux, un diplocoque, a été également retrouvé dans la cirrhose hypertrophique de Hanot, qui a bien des rapports avec le foie infectieux, il a aussi été vu dans des hépatites suppuratives.

Le pronostic est grave. Le traitement doit tendre à produire l'antisepsie intestinale et, à ce point de vue, le calomel est recommandé par l'auteur.

C. LUZET.

Hémoglobinurie paroxystique; tuberculose pulmonaire; mort; autopsie, par BRUNELLE (*Bull. méd. du Nord*, *n°* 2, *p.* 26, 1893).

Un homme, pendant l'hiver 1890-1891, était atteint d'hémoglobinurie paroxystique dont on déterminait à volonté des accès par l'exposition au froid.

Grâce aux soins, puis à l'été, les accès disparurent, mais il fut pris de toux et de signes de tuberculose du sommet droit.

Dans l'hiver suivant, il y eut retour des accès, ce qui nécessita son entrée à l'hôpital. Là on constata que le malade avait une légère albuminurie; l'examen du sang (recherche de la bactérie décrite par Babès dans l'hémoglobinurie du bœuf) fut négatif. Les progrès de la tuberculose pulmonaire entraînèrent la mort le 22 février 1892.

A l'autopsie, on trouva des lésions anciennes et récentes de tuberculose dans les poumons. Le foie, pesant 1,600 grammes, était normal. Les reins, petits, pâles, n'étaient pas sclérosés.

Au point de vue de l'hémoglobinurie, l'autopsie a été négative. LEFLAIVE.

Notes sur un cas de methémoglobinurie, par Lockhart GILLESPIE (*Edinb. med. j.*, *p.* 1093, *juin* 1892).

Les points importants de l'observation sont les suivants : la rate subit à chaque crise une augmentation de volume considérable; le pourcentage de l'hémoglobine ne concorde pas avec celui des globules rouges; le total de l'urée excrétée en 24 heures s'accroît le jour de la crise contrairement à ce que quelques auteurs ont affirmé.

Les matières protéiques excrétées, de même que la courbe de la température, sont à remarquer, cette dernière s'élevant brusquement le jour de la crise. Le volume des globules rouges varie après la crise.

L'augmentation de volume de la rate correspondait avec les nouvelles formations des globules rouges.

La variation dans le volume des globules rouges est instructive. Après la seconde attaque ils croissent de 4 à 9 μ un jour après, et le second jour de 2 à 3 μ et de 6 à 9 μ. Après la troisième attaque le diamètre montait de 2,5 à 7 μ. A la fin de la longue période qui s'écoula entre la première et la seconde crise, les globules rouges mesuraient de 7 à 10 μ c'est-à-dire à peu près le volume normal. F. VERCHÈRE.

La malattia dell' Addison; richerche chimiche e considerazione cliniche, par R. SUPINO (*Il Morgagni*, *p.* 174, *avril* 1893).

De recherches faites sur l'urine d'une malade atteinte de maladie d'Addison, l'auteur conclut que, dans cette affection, de même que après l'ablation d'une des deux capsules surrénales, il y a une auto-intoxication par une ou plusieurs substances non encore définies parmi lesquelles ne se trouve pas la neurine. Les lésions du système nerveux plus ou moins graves, plus ou moins étendues suivant les cas, qui résultent de l'action lente d'un poison circulant dans le sang produisent les symptômes de cette affection; c'est seulement dans des formes suraiguës exceptionnelles que prédominent les symptômes de l'empoisonnement et que manquent la pigmentation et les lésions anatomiques caractéristiques. La symptomatologie complète de la maladie d'Addison peut exister sans lésion des capsules surrénales : en pareil cas, les lésions plus ou moins étendues du système nerveux qui constituent le substratum anatomique de la maladie peuvent être considérées comme primitives. G. THIBIERGE.

eber Ascites chylosus und chyliformis, par BARGEBUHR (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LI*, *p.* 161, 1893).

A l'occasion de la publication d'un cas d'ascite chyleuse, l'auteur rassemble les observations éparses dans la littérature médicale et les classe en deux groupes : ascite chyleuse et ascite chyliforme. Cette dernière est due à la présence de graisse émulsionnée dans le liquide ascitique et provenant soit de la dégénérescence graisseuse d'éléments cellulaires ou autres mêlés à l'épanchement (endothelium, cancer, pus, fibrine), soit d'une lipémie exagérée. Dans l'ascite chyleuse vraie le liquide a les caractères du chyle et notamment contient du sucre. Ce fait est caractéristique, si le malade n'est pas diabétique. Le cas qu'il rapporte est sous ce rapport un cas d'ascite chyleuse vraie. Il concerne une femme de 51 ans, atteinte de cancer du péritoine, généralisé au foie et aux ganglions, ayant infiltré les lymphatiques des intestins. Absence de diabète. Ascite chyleuse contenant du sucre et dont la facilité de reproduction permettait de supposer qu'il s'écoulait par jour plus d'un litre de chyle dans le péritoine. On n'a pas pu noter de déchirure de vaisseaux chylifères; mais il est permis de supposer qu'elle existait, étant donné la lésion cancéreuse diffuse de ces vaisseaux et des ganglions auxquels ils se rendent. C. LUZET.

Beitrag zur Kentniss der Pseudoleukämie, par WESTPHAL (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LI*, *p.* 83, 1892).

L'auteur conclut de l'étude de 21 observations que la pseudo-leucémie est vraisemblablement une maladie infectieuse. Il est invraisemblable qu'il y ait entre elle et la tuberculose un rapport direct; cependant il serait à désirer que l'on fît à ce sujet des recherches anatomiques et bactériologiques, notamment des inoculations. Dans un grand nombre de cas, certaines affections locales, notamment de la bouche et de ses annexes, paraissent avoir été le point de départ de processus pseudo-leucémiques. Il existe des formes de passage entre la pseudo-leucémie et l'anémie pernicieuse; mais elles sont rares d'après ce que connaît l'auteur. C. LUZET.

Fièvre typhoïde sans dothiénentérie. Pneumonie double; mort, par DU CAZAL (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 *avril* 1893).

Il s'agit d'un malade qui présenta, pendant trois semaines, les signes d'une fièvre typhoïde classique, céphalalgie, épistaxis, météorisme, taches rosées, fièvre continue, albuminurie, chez qui, vers le quinzième jour, se déclara une pneumonie double.

A l'autopsie, on trouva les poumons presque complètement hépatisés (gris à la base, rouges au milieu), la rate hypertrophiée, les intestins absolument sains, ainsi que les ganglions. Et cependant les recherches bactériologiques pratiquées sur la rate montrèrent l'existence du bacille d'Eberth à l'état de pureté. H. L.

Erysipèle et arthropathies. Influence de l'érysipèle sur le rhumatisme, par LE GENDRE et BEAUSSENAT (*Soc. méd. des hôp.*, 27 *janvier* 1893).

Sur plus de 400 cas d'érysipèle, les auteurs ont vu 10 malades, anciens rhumatisants, chez qui la diathèse n'a pas été réveillée, et observé 6 cas d'arthropathies, dont 2 d'arthralgie rhumatoïde, 4 d'arthrites suppurées ; deux étaient dues au streptocoque, une au staphylocoque, une aux deux

microbes associés. Sur ces 4 malades, 3 succombèrent malgré ponctions et arthrotomies; ils concluent que dès que la ponction a prouvé l'existence du pus, il faut immédiatement faire l'arthrotomie. H.-L.

Six cas de cancer dans une famille normande, par COTONI (*Normandie méd.*, 1er *octobre* 1893).

Cotoni donne un résumé de six cancers siégeant sur l'intestin, le rectum, la vessie et le poumon (2) observés dans une même famille pendant une période de temps relativement courte. Il fait remarquer que ces malades étaient isolés les uns des autres, ce qui diminue l'hypothèse de la contagion. Chacun d'eux présentait des manifestations herpétiques. Comme facteur étiologique l'hérédité paraît seule devoir être invoquée. OZENNE.

I. — La variole pendant la grossesse, à l'hôpital d'Aubervilliers, pendant l'année 1893, par RICHARDIÈRE (*Union médicale*, 21-23 *février* 1893).

II. — La variole chez les tuberculeux, par RICHARDIÈRE (*Ibidem*, 28 *mars* 1893).

I. — Sur treize malades enceintes, sept ont guéri sans que la grossesse eût interrompu son cours normal; deux avaient une varioloïde, cinq une variole avec fièvre de suppuration. Quatre étaient enceintes de six mois, deux de quatre mois, une de deux mois. Trois fois il y eut des avortements, dont deux à six semaines et à six mois, provoqués par des varioles confluentes, mortelles; l'avortement se produisit au moment de la fièvre de suppuration. Deux malades à terme accouchèrent pendant la variole et guérirent; l'un des enfants était mort, l'autre eut la variole à 11 jours et guérit. Enfin une malade atteinte de variole hémorragique succomba enceinte de quatre mois.

II. — Sur quatre tuberculeux, trois ont succombé, l'un à une variole confluente, les autres à une variole hémorragique.

Sur les quatre tuberculeux, les trois qui sont morts avaient une tuberculose pulmonaire au deuxième degré; celui qui a survécu avait une tuberculose avancée au troisième degré. H. L.

Considérations sur l'incontinence nocturne d'urine observée chez les jeunes soldats et sur une de ses variétés de cause psychique, par CHOUX (*Arch. gén. de méd.*, *janvier et février* 1893).

La miction involontaire nocturne, dite incontinence nocturne d'urine, fréquente chez l'enfant et chez l'adolescent, peut se prolonger dans l'âge adulte, en dehors de toute idée possible de stimulation, plus souvent qu'on ne l'admet généralement.

Cette incontinence d'urine, que l'auteur appelle essentielle, n'est pas une affection toujours identique à elle-même.

Elle peut présenter quatre variétés principales :

La première est observée chez les épileptiques. Cette variété résiste à tous les traitements. A côté d'elle se place une forme observée chez les hystériques.

La deuxième est celle qui a été décrite par Guyon.

La troisième est due à l'irritabilité de la vessie et à la tonicité exagérée de ses fibres musculaires. Elle se voit chez les névropathes.

La quatrième variété est d'origine psychique. Son diagnostic se fait par la résistance normale du sphincter urétral, par la pollakiurie diurne, qui l'accompagne et dont elle n'est qu'une manifestation nocturne, sous forme de rêves de miction. RICHARDIÈRE.

Un caso acutissimo di pseudo-leucemia linfatico, par TRAVERSA (*La Riforma medica*, *p.* 26, 5 *juillet* 1893).

Homme de 71 ans, ayant depuis une dizaine de jours de l'anorexie et du malaise; depuis 4 jours, légère tuméfaction des ganglions inguinaux droits, et depuis 3 jours frissons suivis de fièvre. Au moment de son entrée à l'hôpital, état général bon, légère augmentation de la matité splénique, amas de ganglions durs et indolents du volume d'un œuf dans la région inguino-crurale droite; accès de fièvre à type tierce; il se développa les jours suivants une longue chaîne de ganglions dans la fosse iliaque, puis le long de la colonne lombaire; tous les ganglions sous-cutanés se tuméfièrent, la rate augmenta de volume, ainsi que les amygdales; il survint de la diarrhée, des épistaxis et quelques macules purpuriques; la proportion des globules blancs aux globules rouges monta, dans l'espace de 13 jours, de 1/195 à 1/60; les ganglions inguinaux droits devinrent mous et pâteux dans les derniers jours de la vie; mort 30 jours après le début des accidents. A l'autopsie, tuméfaction des ganglions et de la rate, broncho-pneumonie avec pleurésie fibrineuse. Le sang et le tissu ganglionnaire renfermaient des streptocoques; les cultures ne montrèrent que ce microorganisme. GEORGES THIBIERGE.

Essai d'interprétation pathogénique de la fièvre typhoïde observée dans le Nord de la Tunisie, par LOISON, SIMONIN et ARNAUD (*Revue de médecine*, 10 *avril* 1893).

En examinant le sang extrait de la pulpe du doigt dans 66 cas de fiévre typhoïde, 50 de ces malades fournirent un sang fertile une ou plusieurs fois :

Le staphylocoque seul a été rencontré 45 fois; le bacille typhique 1 fois; le bacille typhique associé au staphylocoque 3 fois; le bacille coli commune associé au staphylocoque 1 fois.

Les examens de l'urine recueillie sur le vivant sur un total de 41 malades donnèrent :

Le staphylocoque seul 20 fois; le bacille typhique seul 2 fois; le bacille typhique et le staphylocoque 6 fois; le staphylocoque et le streptocoque 3 fois; le staphylocoque et le coli commune 1 fois; le bacille typhique, le staphylocoque et le streptocoque 2 fois ; soit 34 réussites et 7 insuccès.

Les auteurs émettent l'hypothèse que le bacille d'Eberth reste dans les cas légers localisé à la cavité et aux parois de l'intestin et que ses toxines seules sont résorbées; dans les cas graves, au contraire, il passe dans le sang où on ne le rencontre plus guère à partir du quinzième jour. Plus tard la fièvre serait due aux nombreux microorganismes qui l'accompagnent et principalement aux staphylocoques. La courbe thermique régulière au début de la maladie serait due au bacille d'Eberth, les courbes irrégulières de la fin de la dothiénentérie seraient attribuables aux infections secondaires. C. GIRAUDEAU.

Le rhumatisme ourlien et l'endocardite ourlienne, par CATRIN (*Soc. méd. des hôp.*, 23 *juin* 1892).

Sur une série de 159 cas d'oreillons, Catrin a observé 4 fois des complications articulaires, soit 2,6 0/0. La localisation est variable ; les genoux sont le plus souvent atteints, mais toutes les autres articulations peuvent l'être aussi, ainsi que les gaines synoviales. Le rhumatisme est rarement une manifestation primitive ; il survient d'ordinaire après l'orchite. Catrin a noté le début aux 17e, 30e, 35e et 37e jours. Les symptômes sont une réaction locale peu vive ; rougeur médiocre ; douleurs peu intenses ; la fièvre peut s'élever à 40° et y persister une dizaine de jours. L'évolution a duré 8, 12, 14, 26 jours. Sur 4 cas, dans 3 il y a eu des complications cardiaques ; dans 2 cas, le malade est resté porteur d'un souffle très net. Dans les épanchements intra-articulaires, Catrin a retrouvé le même microorganisme que dans la sérosité parotidienne, le sang, la vaginale. H. L.

Pseudo-rhumatismes articulaires et musculaires déterminés par les névrites, par GROCCO (*Arch. ital. di clin. med.*, *XXXII*, *p.* 232, 1893).

Grocco distingue 4 variétés de pseudo-rhumatismes déterminés par des névrites :

La forme myalgique ; la forme arthralgique ; la forme arthritique ; la polynévrite articulaire déformante.

La forme myalgique se rencontre particulièrement chez les tuberculeux, les alcooliques, les syphilitiques, les goutteux, les saturnins, enfin à la suite des maladies infectieuses ou au cours des cachexies.

Elle peut être isolée ou associée aux autres formes. Elle se distingue des autres douleurs musculaires par la localisation de la douleur dans les groupes musculaires innervés par le même tronc nerveux, par un certain degré de parésie musculaire, par l'existence de paresthésie, de douleur linéaire sur le trajet des nerfs (spontanée ou à la pression), par l'altération des réflexes tendineux (abolition) par les troubles vaso-moteurs et sécrétoires de la région, par l'atrophie musculaire et la réaction de dégénérescense partielle ou totale qui l'accompagne.

Si l'atrophie fait défaut, le diagnostic est plus difficile. Suivant Grocco, nombre de cas de prétendus rhumatismes musculaires chroniques ne sont autres que des cas de polynévrites myalgiques.

Le diagnostic des formes arthralgiques et arthritiques se fait d'après l'intensité des douleurs, qui n'est pas en rapport avec les signes constatés du côté de l'articulation. d'après l'extension de ces douleurs suivant les trajets nerveux, enfin d'après l'abolition des réflexes, la parésie et l'atrophie musculaire plus accentuées qu'on ne les observe dans les cas de simple arthrite, etc.

Le polynévrite arthro-déformante comprend sans doute le rhumatisme chronique déformant dont l'origine nerveuse est soupçonnée depuis longtemps. G. LYON.

MALADIES DES ENFANTS.

Ueber isolirt..... klonische Krämpfe der Musc. peron. longus et brevis, par M. BERNHARDT (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 17, *p.* 393, 24 *avril* 1893).

Fait rare de convulsions cloniques limitées aux 2 péroniers du côté droit. Garçon de 11 ans : son pied est tiré en bas, 130 ou 140 fois par minute, par des contractions involontaires du long et du court péroniers latéraux droits; le pied, relevé le long de son bord externe, prend l'attitude du valgus ; en regardant de plus près, on reconnaît que c'est surtout la base du gros orteil qui est violemment attirée en bas. Sur la face externe de la jambe, on aperçoit, à chaque contraction, une dépression allongée étroite; en même temps le tendon du court péronier fait saillie au niveau de son insertion à la tubérosité gauche du 5e mé atarsien. Dans la gouttière de la malléole externe, on sent, à chaque contraction, un déplacement, une subluxation des tendons des 2 péroniers, qu'au milieu du silence, on perçoit sous forme d'un bruit de craquement. Ces convulsions cloniques, qui ne cessent même pas pendant le sommeil, n'empêchent pas d'ailleurs ni la station debout ni la marche. Durant la nuit, le craquement tendineux qui se produit dans la gouttière malléolaire, renforcé par la résonance du bois de lit, est entendu à distance. Ni douleurs ni troubles de la sensibilité.

Au niveau du tiers inférieur du mollet, est une petite cicatrice opératoire résultant de l'extraction d'une aiguille, pratiquée il y a 8 ans; cette cicatrice est indolore à la pression qui, exercée à ce niveau, n'a aucune action sur les contractions cloniques. L'excitabilité électrique des 2 péroniers est normale. L'application locale de courants faradiques un peu forts fait cesser les contractions, tant que le courant passe. Il en est de même lorsqu'on met le pied en varus équin ou qu'on exerce une pression sur les tendons péroniers immédiatement en arrière et un peu au-dessus de la malléole externe.

Les ascendants du petit malade sont des névropathes. Lui-même a commencé à marcher tard, mais s'est bien porté jusqu'il y a 2 ans où il a été pris de mouvements choréiformes en même temps que de maux de tête. Quant aux convulsions des péroniers, elles sont survenues il y a 1 an seulement et ont résisté à tous les traitements faits jusqu'ici.

Jobert de Lamballe (*Clinique Européenne* 1859), a relaté l'observation d'une fillette de 13 ans qui, à la suite d'un refroidissement nocturne, avait été prise de contractions rythmiques involontaires se répétant 60 fois par minute, successivement dans les 2 courts péroniers latéraux; la ténotomie seule la guérit. Bernhardt rappelle également le fait de Concato (*R. S. M.*, II, 705).

Chez le malade de Bernhardt, les convulsions cloniques ont disparu depuis 6 semaines, sous l'influence des affusions froides, du bromure de potassium, et de l'attitude du pied varus équin provoquée plusieurs fois par jour. J. B.

Massenwachsthum und Langenwachsthum der Kinder (Accroissement des enfants en poids et en longueur, par CAMERER (*Jahrbuch für Kinderheilk.*, *XXXVI*, *p.* 249).

C. a réuni 116 cas dont quelques-uns suivis jusqu'à la deuxième année de la vie. Il donne une série de tableaux et de graphiques relatifs : 1° à

l'accroissement de poids dans la première année; 2° à l'accroissement journalier moyen suivant le mode d'alimentation; 3° au poids moyen suivant l'âge chez les filles et les garçons; 4° à l'accroissement en longueur comparé à l'accroissement du poids; 5° aux variations journalières du poids; 6° à l'accroissement chez les enfants pesant plus de 2,750 ou moins de 2,750 grammes à la naissance. Le fait principal qui semble se dégager de ces recherches est la grande variabilité des résultats d'une semaine à l'autre, variabilité qu'indique bien le tableau suivant : 1re semaine, moyenne journalière 41 grammes; 2e et 3e semaines, 52 grammes; 4e et 5e semaines, 50 grammes; 6e et 7e semaines, 33 grammes; 8e et 9e semaines, 39 grammes; 10e et 11e semaines, 28 grammes; 22e et 23e semaines, 21 grammes; 24e semaine, 37 grammes. A. F. PLICQUE.

Homologische Zwillinge (Jumeaux homologues), par MILLER (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, *XXXVI*, *p.* 333).

Sur huit paires de jumeaux du même sexe on en trouve une environ où les enfants offrent une ressemblance physique et psychique complète. Ces « jumeaux homologues » ont toujours un chorion commun. Les jumeaux du même sexe se rencontrent environ dans 60 0/0 des naissances de jumeaux. Les ressemblances des jumeaux portent sur le poids, la physionomie, la voix, la démarche, les maladies qui surviennent souvent chez tous deux au même âge, les sympathies, les antipathies, les habitudes et surtout les malformations. M. rapporte toute une série de faits curieux et en particulier 23 cas personnels de malformations identiques (ankyloglossie, dolichocéphalie, phimosis congénital, manque du prépuce, transposition des viscères, etc.) chez des jumeaux homologues.

Virchow dans plusieurs autopsies a signalé la ressemblance frappante des organes internes. M. en terminant note la mortalité considérable (62,9 0/0) qui atteint les jumeaux dans leurs six premières semaines. Il est rare que l'un survive à l'autre de plus d'un ou deux jours.

A. F. PLICQUE.

D'une particularité négligée dans l'étude des convulsions graves du bas-âge et de l'enfance, par NORMAN BRIDGE (*The Amer. j. of the med. sc.*, *p.* 301 *mars* 1893).

Il existe deux formes de convulsions chez l'enfant. Dans l'une, l'attaque épileptique survient soudaine sans que rien ait pu l'annoncer. Elle est courte et, sitôt terminée, la santé n'en garde nulle atteinte. Elle est d'ordinaire provoquée par une indigestion. Dans l'autre, l'attaque est prolongée, c'est une vraie éclampsie qui peut durer plusieurs heures, un jour entier, se terminant par le retour à l'état normal, parfois par la mort, lorsque l'attaque est très prolongée.

Pour tous les classiques, ces deux formes sont considérées comme identiques de nature, l'une étant plus atténuée que l'autre.

Un fait distinctif important et pour lequel l'auteur écrit cette note, c'est que, dans la forme éclamptique, il y a constamment une élévation notable de température, 102 à 108° F. Cette fièvre est due probablement à une affection zymotique, comme celle d'une fièvre éruptive ou à quel-

que trouble diététique, ou encore à quelque peur ou à un trouble du système nerveux. Quelle que soit la cause, il y a là un trouble cérébral qui présente une grande analogie avec ce que l'on rencontre dans la fièvre chaude ou l'insolation. F. VERCHÈRE.

Papillome du plexus choroïde chez un enfant au-dessous de 2 ans, par H. STROEBER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 5, *p.* 123, 30 *janvier* 1893).

Garçon de 21 mois, pris, 3 semaines avant sa mort, de fièvre, vomissements, convulsions des 4 membres, raideur du cou, ralentissement du pouls, strabisme qui firent penser à une méningite tuberculeuse.

Autopsie. — Aplatissement considérable des circonvolutions. Dilatation énorme du ventricule gauche. Corps calleux, voûte à trois piliers et cloison transparente refoulés à droite. A l'endroit où le plexus choroïde gauche descend dans la corne inférieure du ventricule latéral, il est le siège d'une tumeur, plus grosse qu'une noix, ayant une surface gris rouge, villeuse et renfermant par place des sphères gélatineuses atteignant parfois les dimensions d'un pois; la corne inférieure est entièrement remplie par cette tumeur qui ne pénètre nullement dans la substance cérébrale, qu'elle se borne à refouler. La couche optique gauche est fortement repoussée à droite et en avant.

En dehors de la tumeur, on trouve dans la substance blanche de l'hémisphère gauche une cavité à parois lisses, arrivant jusqu'au-dessous de la substance corticale de la convexité et contenant aussi un liquide clair, un peu rougeâtre; il s'agit évidemment d'une partie du ventricule latéral dilaté.

Sous le microscope, la tumeur se compose de papilles grêles à ramifications dendritiques multiples, revêtues d'un épithélium cylindrique sur une seule couche très élevée et régulière, tandis que leur centre est formé par du tissu conjonctif vasculaire. Par places, le tissu central des papilles a subi la dégénération muqueuse, d'où les sphères gélatineuses visibles à l'œil nu. Il s'agit donc d'une tumeur de structure analogue à celle du plexus choroïde, lequel donne aussi lieu parfois à des globes muqueux. J. B.

Zur Therapie des Hydrocephalus, par Oscar WYSS, et discussion (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 8, *p.* 289, 15 *avril*, *et n°* 14, *p.* 505, 15 *juillet* 1893).

Wyss relate l'observation d'une enfant de 7 mois 1/2 atteinte d'amaurose à la suite d'une hydrocéphalie. On lui pratiqua des ponctions répétées du crâne et de la colonne lombaire ; après chacune de ces opérations, la vue revint d'abord temporairement et définitivement à la suite de la quatrième.

Wyss pose ainsi les indications de l'évacuation du liquide hydrocéphalique par des ponctions : 1° Phénomènes graves de compression dans les méningites récentes ; 2° période avancée des méningites non tuberculeuses; hydrocéphalie congénitale syphilitique ; 3° augmentation de volume de la tête à la suite de méningite ; 4° amaurose hydrocéphalique.

C. Brunner et Krœnlein expriment la crainte que, sous la pression du liquide, l'orifice de ponction se rouvre et donne lieu à une infection.

J. B.

Ein Fall von halbseitigem Riesenwuchs (Un cas d'hypertrophie unilatérale du corps, par Sophie HORNSTEIN (*Archiv für pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXIII*, 3).

S. Hornstein décrit les difformités d'une enfant de 2 mois 1/2, dont la moitié droite du corps était plus longue et plus grosse que la moitié gauche. L'épaississement était dû principalement à l'hypertrophie des parties molles, tandis que les segments osseux étaient peu intéressés. Les tissus conjonctif et adipeux étaient essentiellement le siège de cette hyperplasie. Dans les nerfs on remarquait également l'épaisseur plus grande des lamelles conjonctives. Les vaisseaux, et surtout les artères, étaient dilatés et avaient une paroi plus épaisse que du côté sain. Le tissu conjonctif des muscles participait à l'hypertrophie. ED. RETTERER.

Ueber den Kalkstoffwechsel bei Rachitis, par VIERORDT (*Berlin. klin. Woch.* *n°* 20, *p.* 485, 15 *mai* 1893).

Baginsky (*R. S. M.*, XXII, 607) a trouvé que l'élimination de la chaux est la même chez les rachitiques et chez les individus sains. Chez les adultes, l'ingestion de chaux est rapidement suivie d'une augmentation d'excrétion des sels calcaires.

Vierordt a étudié l'influence de l'administration de chaux sur des enfants sains et sur des enfants rachitiques; en ayant soin de donner aux uns et aux autres la même alimentation, composée de lait et de bouillie. L'excrétion de la chaux demeurait constante. Lorsqu'on administrait la chaux sous forme d'acétate, l'élimination de la chaux augmentait sensiblement aussi bien chez les rachitiques que chez les enfants sains. Vierordt en conclut que la résorption de la chaux n'est pas diminuée dans le rachitisme et que toutes les théories du rachitisme, édifiées sur cette base, ne sont pas soutenables. J. B.

Ascaris bei einem dreiwochentlichen Kinde (Ascaride chez un enfant de trois semaines), par N. MILLER (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, *XXXVI*, *p.* 319).

Cette observation est intéressante : 1° par l'âge exceptionnellement jeune de trois semaines, âge où les ascarides sont rarissimes; 2° par le mode de l'infection qui n'avait pu s'effectuer que dans les trois premiers jours de la naissance par du lait de vache non bouilli, l'enfant ayant depuis uniquement tété, et pourtant l'ascaride avait déjà atteint, dans ce court espace de temps, 18 centimètres, alors que Leuckardt admet que trois à quatre mois sont nécessaires; 3° par l'issue de l'ascaride à travers une ulcération de l'ombilic perforé, la perforation ayant été causée non par l'ascaride, mais par une inflammation. L'enfant mourut de gastro-entérite avec bronchopneumonie ultime; le rôle de l'ascaride dans la gastro-entérite reste très douteux.

A.-F. PLICQUE.

Migraine ophtalmique associée de nature hystérique chez l'enfant, par THOMAS (*Revue méd. Suisse romande*, *XII*, 800, *décembre* 1892).

Garçon de 14 ans, myope, avec antécédents maternels névropathiques, ayant présenté à plusieurs reprises des accès constitués par de la céphalalgie, des sensations lumineuses, une parésie motrice et sensitive du bras droit et de la logoplégie, le tout accompagné de rétrécissement concentrique du champ visuel, d'hypoesthésie pharyngienne et d'une zone hyperesthésique entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.

Thomas fait ressortir les caractères différentiels de ce fait de migraine ophtalmique hystérique d'avec le suivant qu'il rapporte à l'épilepsie.

Homme de 28 ans à antécédents névropathiques du côté maternel. Début de la migraine à l'âge de 14 ans : accès une fois par semaine durant 5 à 6 heures; céphalalgie gauche, nausées, aucun trouble visuel. A 16 ans, la crise débute par un engourdissement du côté gauche, commençant par le pied et suivi d'embarras de la parole. La douleur existe seule ensuite. A 24 ans, le scotome scintillant vient s'ajouter à la parésie gauche et à la céphalalgie. A 25 ans, accès de fureur, vertiges. Plus tard le malade s'adonne à l'alcool et assassine sa femme. J. B.

De la fréquence relative, suivant les saisons, de la chorée et du rhumatisme examinée pendant une période de 15 ans, de 1876 à 1890, par MORRIS LEWIS (*Americ. j. of the med. sc., p.* 251, *septembre* 1892).

Il y a un rapport évident au point de vue des saisons entre la chorée et le rhumatisme. Les tracés indiquant les cas de chorée et de rhumatisme présentent une ressemblance considérable, de même que le tracé représentant chaque mois le total d'ensemble de l'une et de l'autre affection.

Les variations mensuelles dans le nombre des affections ne reconnaissent pas pour cause une fluctuation des tracés de la chorée et du rhumatisme, mais sont probablement dues à une même influence. L'étude exagérée assurément joue un rôle des plus considérables en prédisposant les enfants à la chorée, et cependant les mois où le travail est le plus sérieux et par suite où existe le plus de dépression physique, ne paraissent pas coïncider ni précéder avec régularité les mois de très grande fréquence de ces affections.

Il est plus que probable que la saison est une des causes les plus influentes sur l'apparition des deux affections sans qu'on puisse préciser cependant quel facteur météorologique a cette fâcheuse action. Aucun élément dans « le temps » n'explique les fluctuations de ces tracés de la chorée, quoique dans les statistiques météorologiques c'est surtout la fin des changements de saisons plus que tout autre raison qui paraît en être la cause. Que ce rapport doive prendre une place importante dans l'étiologie de la chorée et du rhumatisme ou qu'il soit le résultat d'une coïncidence purement accidentelle, il n'en ressort pas moins très clairement de l'étude des tables dressées par l'auteur. F. VERCHÊRE.

Weg der Tuberkulose (Portes d'entrée de la tuberculose), par VOLLAND (*Zeitsch. für klin. Med., XXIII, p.* 50).

Sur 108 phtisiques examinés, 101 présentaient dans la région sous-maxillaire des ganglions indurés plus au moins volumineux. 7 seulement n'en avaient pas trace. Sur 2,506 sujets de 7 à 24 ans on trouva des ganglions dans 96,6 0/0 des cas (7 à 9 ans), 91,6 0/0 des cas (10 à 12 ans), 84 0/0 des cas (13 à 15 ans), 69,7 0/0 des cas (16 à 18 ans), 68,3 0/0 des cas (19 à 21 ans). On peut admettre que dans tous ces cas les glandes renferment des bacilles tuberculeux. Les leucocytes chargés de ces bacilles gagnent les lymphatiques puis la petite circulation. Dans quelques cas il y a effraction de la paroi lymphatique.

Au point de vue prophylactique V. insiste sur la nécessité des soins

de propreté de la bouche et du nez, du traitement des plus petites excoriations. C'est surtout par les objets souillés, les mains sales qu'ils portent à leur nez et à leur bouche, c'est très rarement par inhalation que les enfants en particulier deviennent tuberculeux. A. F. PLICQUE.

Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge, par LESAGE et PASCAL (*Arch. gén. de méd., mars* 1893).

Il existe, dans le premier âge, une forme spéciale de tuberculose caractérisée par :

1° Une cachexie progressive; 2° l'intégrité des viscères, observée cliniquement et constatée anatomiquement; 3° l'absence de troubles digestifs; 4° la présence d'une polyadénite plus ou moins généralisée aux aines, à l'aisselle et au cou.

Les ganglions renferment des bacilles de Koch. Cette variété de tuberculose aboutit à la mort par aggravation de l'état cachectique ou par la production d'accidents méningés de nature tuberculeuse.

RICHARDIÈRE.

Considérations sur une forme de stomatite pseudo-membraneuse survenant dans le cours de la scarlatine, par GESTAT (*Thèse de Paris*, 1893).

L'auteur apporte deux observations personnelles d'une complication de la scarlatine, portant principalement sur la bouche, s'accompagnant de phénomènes généraux et locaux graves identiques à ceux des angines diphtériques et dues au streptocoque de l'érysipèle associé aux staphylocoques blancs et dorés. Les fausses membranes recouvraient toute la muqueuse des lèvres. Chez ces deux malades dont la température dépassait 40°, l'emploi de bains froids à 20°, durant 5 minutes, précédés d'une piqûre de caféine (10 centigr.) a fait disparaître en 24 et en 36 heures les phénomènes graves, et amené en même temps la rétrocession rapide des lésions locales. H. L.

Barlowsche Krankheit (Maladie de Barlow), par HEUBNER (*Jahr. für Kinderh. XXXIV, p.* 161).

Sous le nom de maladie de Barlow, Heubner décrit une affection scorbutique des gencives qui s'observe chez les nourissons rachitiques. C'est autour des dents sorties ou des dents prêtes à sortir que prédomine le gonflement spongieux, bleuâtre, saignant au moindre contact. Souvent aussi, on trouve, sur les paupières, un gonflement œdémateux hémorragique. Tous ces accidents guérissent facilement, mais ne guérissent que par le régime : lait frais non stérilisé, mais seulement pasteurisé, jus de viande en très petite quantité et additionné de Malaga, jus de fruit et surtout jus d'orange, légumes en purées très fines, pas de féculents ni de laits artificiels. A. F. PLICQUE.

Étude sur le diabète du premier âge. Un cas de coma diabétique chez un enfant de dix-huit mois, par P. DUFLOCQ et DAUCHEZ (*Revue de médecine*, 10 *juin* 1893).

Enfant de 18 mois, qui depuis quinze jours avait été pris de soif intense et de constipation. Jusque-là bien portant et gai, il était depuis cette époque devenu grognon, triste, gémissant la nuit. Enfin il avait maigri malgré son bel appétit.

Brusquement le petit malade fut pris de défaillance, pâleur de la face, avec

cyanose par places, traits tirés, yeux caves, aspect cholériforme, pouls incomptable, haleine froide, langue sèche et rôtie, pupille immobile et dilatée, réflexes cornéens abolis, cornées légèrement dépolies; coma au bout de quelques heures et mort dans la même journée. Les accidents terminaux durèrent environ dix-huit heures. Les linges de l'enfant furent passés à l'eau et cette eau de lavage renfermait un chiffre total de 24 gr. 32 de glucose.

Duflocq et Dauchez font suivre leur observation d'une étude rapide du diabète chez l'enfant et insistent sur sa rareté, et la rapidité de sa marche. C. GIRAUDEAU.

Sur le dosage de l'HCl du contenu stomacal chez des nourrissons, d'après la méthode de Winter, par A.-D. ZOTOW (*Thèse de St-Pétersbourg*, 1893).

Z. a examiné des nourrissons bien portants, âgés de 4 jours à 2 mois, et élevés exclusivement au sein. L'extraction du contenu stomacal se faisait à l'aide d'une sonde de Nélaton de 5 millimètres de diamètre, par aspiration.

L'acidité totale est très faible : chez un enfant de 14 jours, elle est de 0,02 0/0 au bout de 40 minutes après le début de la tetée; chez celui de 2 mois de 0,08 0/0 au bout de 80 minutes, après le début de la tetée. L'analyse par le procédé de Winter montre que le chlore total et le chlore fixe augmentent depuis le début de la tetée jusqu'à 70 minutes, puis diminuent de 70 à 90 minutes et enfin augmentent de nouveau de 90 à 110 minutes après le début de la tetée.

Les combinaisons chloro-organiques atteignent le maximum à 90 minutes, pour diminuer ensuite. L'acide libre, en général peu abondant, augmente vers 50, puis vers 100 minutes après le début de la tetée, et diminue ensuite. Le chlore fixe est toujours plus abondant que le chlore combiné aux matières organiques. L'auteur admet que la digestion des albuminoïdes est très incomplète dans l'estomac des nourrissons et qu'elle s'achève dans l'intestin. Il n'y a aucun rapport entre la quantité de lait ingéré par les nourrissons et la quantité d'acide chlorhydrique libre. H. FRENKEL.

Congenital dilatation and hypertrophy of the colon, par J. WALKER et J. GRIFFITHS (*Brit. med. j. p.* 238, 29 *juillet* 1893).

Fait rare et peut-être unique d'un enfant atteint depuis sa tendre enfance de distension progressive du ventre, constamment constipé et n'allant qu'avec des lavements, finalement succombant à 11 ans aux suites d'une tympanite énorme, au collapsus cardiaque. La distension porte exclusivement sur le gros intestin au-dessus de l'S iliaque qui n'est cependant pas imperméable, mais paraît rétrécie : l'intestin est gros comme une anse de cheval et atteint le volume de la cuisse d'un adulte : les bandes musculaires ne sont pas visibles. Histologiquement on constate une hyperplasie énorme de la muqueuse par le fait de l'infiltration de petites cellules rondes : les glandes de Lieberkhun ont disparu. La tunique musculeuse est hypertrophiée. La cause de cette côlite chronique n'a pas été révélée à l'autopsie. H. R.

Ueber acute Leukämie, par H. EICHHORST (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXX*, 3).

Eichhorst relate l'histoire d'un garçon de 8 ans atteint d'hémorragies stomacales profuses et répétées, d'anémie grave, d'ascite et de leucémie consécutive. Les globules blancs du sang étaient dans la proportion de 1 à 11,4 par

rapport aux globules rouges. Mort au bout de 15 jours. Les lésions les plus nettes portèrent sur la rate et l'estomac, et consistèrent en nombreux ulcères de la muqueuse stomacale et hypertrophie de la rate. Ajoutons la présence d'un pigment granuleux, jaune-brunâtre, le long des parois des artères spléniques. Ce pigment renfermait du fer. La moelle des os ne présentait aucune modification appréciable.

Il s'agissait, par conséquent, d'une leucémie aiguë, d'origine uniquement splénique. ED. RETTERER.

Contribution à l'étude de l'érysipèle des nouveau-nés. par E. LEMAIRE (*Thèse de Paris*, 1893).

L'érysipèle des nouveau-nés diminue en même temps que les autres affections puerpérales. Il peut se développer ailleurs qu'à l'ombilic, par exemple autour du vaccin, ou de la conjonctive; il peut dans certains cas ne pas être dû à la puerpéralité. L'examen histologique montre dans les vaisseaux lymphatiques de véritables thrombus de streptocoques, infiltrant aussi les parois; il y a peu de bacilles dans la région superficielle du derme, jamais dans l'épiderme. Le streptocoque est donc cantonné principalement dans les lymphatiques du tissu cellulaire. Au début la fièvre est souvent peu marquée, et elle peut ne paraître que le deuxième ou le troisième jour. La plaque d'érysipèle n'a pas de bourrelet franc. Il n'y a pas d'observation concluante de résolution de l'érysipèle, l'enfant meurt rapidement ou il se fait un ou plusieurs abcès. L'enfant meurt par le fait de l'érysipèle vers le cinquième jour, par le fait des suppurations vers le quinzième ou le vingtième jour; la guérison est toujours longue, retardée fréquemment par l'athrepsie menaçante ou par une diarrhée infectieuse. Dans les cas d'érysipèles d'origine puerpérale guéris, Lemaire croit que ceux-ci dérivent d'une septicémie puerpérale atténuée chez la mère. Il recommande l'emploi de pulvérisations et d'applications boriquées chaudes, et l'injection biquotidienne de 20 grammes d'eau salée ou de sérum artificiel dans le tissu cellulaire sous-cutané. H. L.

Etudes cliniques sur l'ictère des nouveau-nés, par N.-A. QUISLING (*Norsk Magazin, février-mars* 1893).

Étude critique basée sur 50 observations personnelles. Chez tous ces enfants ictériques, on a trouvé des signes plus ou moins manifestes de troubles digestifs. Il y aurait, chez tous les enfants, aussitôt après leur naissance, un catarrhe « physiologique » avec hyperémie de l'estomac et de l'intestin grêle, et la nourriture, même la plus naturelle, agirait comme un irritant sur la muqueuse des voies digestives. Que la nourriture artificielle soit de mauvaise qualité, et cette congestion peut devenir pathologique. L'ictère est donc un ictère catarrhal. L'époque à laquelle se fait la section du cordon ombilical n'a aucune importance au point de vue étiologique. H. FRENKEL.

Morbus Basedowii bei einem zwölfjährigen Maedchen und dessen Mutter, par P. KRONTHAL (*Berlin. klin. Woch., n°* 27, *p.* 650, 3 *juillet* 1893).

Dans sa thèse (*Berlin* 1890), Ehrlich a réuni 19 cas de goître exophtalmique chez des enfants; Kronthal en a retrouvé, dans la littérature,

6 autres, ceux de Brunton (*St-Bartholom. Hosp. Rep.* 1875) de Prael (*Arch. f. Ophthalm. III*) de Baginsky (*Lehrbuch der Kinderkrankheiten*, 3e édit. p. 617), de Crohn (*Arch. f. Kinderheilk. IV*) d'Oesterreicher et de Seeligmüller. Comme dans l'âge adulte, le sexe féminin est plus souvent atteint ; la chorée est une complication secondaire fréquente. A ces 25 cas, Kronthal en ajoute un nouveau.

Fillette de 12 ans, pouls battant de 96 à 120. Corps thyroïde volumineux, yeux très saillants, signe de Stellwag, absence des signes de Græfe et de Mœbius.

Reflexes normaux, sensibilité intacte, pas de tremblement. Dans le cours de quelques mois, le volume du goître et la saillie des yeux offrent des variations considérables. A l'origine de la maladie, on ne trouve pas ici d'émotion vive, comme c'est le cas très commun dans les autres observations (*R. S. M.* XXXIV, 607).

La mère, âgée de 45 ans, sans hérédité nerveuse, a eu 7 enfants. Depuis deux ans, palpitations, douleurs de reins et céphalalgie frontale. Emaciation, anémie; pouls irrégulier oscillant entre 86 et 120. Tremblement rapide, à petites excursions, des mains étendues. Réflexes normaux. Proéminence des yeux avec signe de Stellwag seulement; pas d'augmentation appréciable du corps thyroïde. Sensibilité intacte. Pression ovarienne douloureuse. Urines normales (*R. S. M.* XXVII, 217). J. B.

De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique chez les enfants, par JAMET (*Thèse de Paris*, 1893).

Cette affection est aussi fréquente chez les enfants que chez les adultes; mais elle attire moins l'attention, parce que les lésions osseuses sont moins intenses et portent presque exclusivement sur les phalangettes; chez les enfants, la maladie peut avoir une marche aiguë et rétrocéder avec la même rapidité qu'elle a mise à se développer; l'évolution complète se fait en quelques mois H. L.

Deux cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, dans le cours de pleurésies purulentes chez des enfants; forme aiguë et curable, par MOIZARD (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 *mai* 1893).

Il s'agit de deux enfants atteints de pleurésies purulentes, métapneumoniques, chez lesquels 2 à 3 mois après le début des pneumonies, M. constata des déformations des phalangettes caractérisées par leur élargissement, l'incurvation des ongles en bec de perroquet, leur amincissement, leur friabilité, leur coloration rose carminée; dans le second cas, qu'il put suivre, et où il pratiqua l'empyème, les déformations digitales suivirent une régression parallèle à l'amélioration des lésions pleurales. Des mensurations exactes donnent un tableau intéressant.

Marfan a vu 3 cas de déformations analogues des phalanges, deux liées à des affections respiratoires, l'autre associée à une cystite avec pyélo-néphrite.

Donc, dans ce dernier cas, l'ostéoarthropathie ne mérite pas le nom de pneumique. H. L.

Sur une forme suraiguë de septicémie médicale observée chez des enfants très jeunes, par V. HUTINEL et P. CLAISSE (*Revue de médecine*, *p.* 353, 10 *mai* 1893).

Dans le cours d'une rougeole régulière, on peut voir brusquement survenir une recrudescence de la fièvre; dans l'espace de quelques

heures, le visage devient pâle et blafard, le teint se plombe comme dans certaines intoxications ou dans la diphtérie toxique, les yeux mornes et éteints s'enfoncent dans les orbites et s'entourent d'un cercle bleuâtre; les joues se marbrent de plaques rouges et quelquefois se couvrent de taches érythémateuses; les lèvres s'irritent et se cyanosent. Les enfants ainsi atteints restent immobiles, poussent de faibles cris, leur respiration s'accélère, une véritable dyspnée apparaît et à l'auscultation on trouve des râles sous-crépitants plus ou moins fins et plus ou moins étendus. Au bout d'un temps variable, les enfants succombent. Si la mort est survenue rapidement, on ne trouve aucune lésion microscopique capable d'expliquer la mort; si au contraire, la durée de la maladie a été plus longue, on rencontre des noyaux de broncho-pneumonie, avec bronchite capillaire. Presque toujours aussi, les viscères, foie, rate, intestin (plaques de Peyer) présentent les altérations des maladies infectieuses. C'est qu'en réalité, il s'agit bien d'une infection et presque toujours d'une infection à streptocoques. Les cas à marche suraiguë sont la résultante d'une virulence très grande, ceux à marche aiguë, c'est-à-dire ceux qui s'accompagnent de noyaux broncho-pneumoniques sont attribuables à un degré de virulence moins grande; mais, dans les deux cas, l'agent infectieux est identique.

La porte d'entrée de l'infection est toujours dans la cavité buccale, aussi est-il habituel de constater dans la bouche des écorchures, des plaques pseudo-membraneuses, non diphtériques, et ces traces d'inflammation se retrouvent dans le pharynx et les premières voies respiratoires.

L'exaltation de la virulence du streptocoque, dans ces cas, tiendrait à la symbiose de ce microorganisme avec l'organisme infectieux de la rougeole, tout comme on voit les bacilles d'Eberth et de Lœffler exalter la virulence de ce même microorganisme. C'est ce qui explique comment dans les hôpitaux d'enfants et principalement dans les pavillons de rubéoleux, dès qu'il y a encombrement, on voit un grand nombre d'enfants succomber à ces infections surajoutées. C. GIRAUDEAU.

Note sur un mode de propagation de la diphtérie, par Eugène DESCHAMPS (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, XV, 241, *mars* 1893).

Il s'agit de deux cas de transmission de diphtérie entre frères et sœurs, le premier malade étant sorti prématurément de l'hôpital. Dans l'intervalle, il y avait eu désinfection du logement contaminé, de sorte qu'il semble qu'il y ait bien eu contagion directe par les bacilles subsistant dans la cavité buccopharyngée, après disparition des fausses membranes. Dans l'une des familles, la contagion a eu lieu dix jours, dans l'autre, six jours après le retour de l'hôpital des petits malades qui y avaient séjourné respectivement huit et douze jours, c'est-à-dire avaient été renvoyés comme guéris douze ou seize jours après le début de la diphtérie. J. B.

Un cas de myopathie progressive primitive à type facio-scapulo-humérale chez un enfant de sept ans, par V. PRANTOIS et G. ÉTIENNE (*Revue de médecine*, *p.* 635, 10 *juillet* 1893).

Cette observation offre comme particularités son début dans la première

enfance, l'asymétrie des épaules (abaissement de l'épaule droite) l'aplatis- de l'occiput du côté gauche, l'impossibilité de provoquer la contraction électrique dans les muscles à développement précoce : orbiculaire des lèvres, long supinateur, deltoïde, grand dorsal, triceps etc., et la conservation relative de cette même contractilité dans les muscles à développement tardif : masticateurs, muscles de la main, fait signalé par Babinski et Onanoff, enfin l'absence d'hérédité. C. GIRAUDEAU.

Deux observations d'anomalie congénitale de l'appareil rotulien, par MÉNARD (*Rev. d'orthopédie*, 1er *mars* 1893).

Un des enfants est atteint d'une luxation congénitale de la rotule gauche en dehors, et chez l'autre on constate, outre une luxation congénitale de la hanche droite, l'absence de l'appareil rotulien des deux côtés : rotule, tendon rotulien et tendon inférieur du droit antérieur. Les troubles fonctionnels en rapport avec cette anomalie sont peu marqués; l'enfant soulève le membre au-dessus du lit dans la rectitude sans difficulté; il se tient aisément debout. Quant à la marche, elle se fait avec une claudication unilatérale droite qui est sous la dépendance, non de l'état des genoux, mais de la luxation congénitale de la hanche. CART.

Spina bifida chez un nouveau-né; opération, mort le 14e jour de convulsions, par VAN HASSEL (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 *août* 1893).

Nouveau-né plongé dans un état demi-comateux et porteur, à la région sacro-lombaire, d'un spina bifida, au sommet duquel existait une fistulette qui, par moments, laissait passer du liquide encéphalo-rachidien. La poche mesurait 7 centimètres de hauteur et 5 centimètres de largeur; son pédicule était implanté à la base de la dernière vertèbre lombaire.

L'opération a compris les manœuvres suivantes : Division de la poche en deux segments latéraux ; obturation de la fistule rachidienne avec un tampon de gaze ; ligature et résection d'un faisceau vasculo-nerveux, inséré sur le segment gauche de la poche ; résection d'une partie des deux moitiés de la poche et sutures profondes et superficielles. Aucun accident immédiat et le huitième jour la guérison opératoire était obtenue ; mais le quatorzième jour l'enfant succombait à une attaque convulsive subite et violente. OZENNE.

Sopra un caso di cisti congenita sacro-coccigea guarita coll' operazione di Kraske, par L. ISNARDI (*Giorn. della R. Accad. di medicina di Torino*, *p.* 488 *juillet* 1893).

Fille de 23 mois, portant entre le coccyx et l'orifice anal une tuméfaction arrondie et volumineuse avec une ouverture fistuleuse occupant sa partie supérieure et conduisant dans une large cavité située entre le rectum et le sacrum, cette fistule donnant lieu à l'écoulement d'un liquide ayant les caractères du liquide cérébro-spinal mélangé ou non du pus, liquide dont on a pu recueillir jusqu'à 7 grammes par heure. Opération de Kraske ; on arrive sur un kyste dont le pédicule, très voisin de la concavité du sacrum, est lié avec un fil de soie, ce qui arrête l'écoulement de liquide céphalo-rachidien; les parois du kyste étant très adhérentes aux parties molles, le kyste est incisé longitudinalement, puis ruginé et cautérisé avec une solution de chlorure de zinc à 15 0/0 et hémostase au thermo-cautère ; pas de suture. Suites de l'opération très simples; au bout de deux jours, on met en place le lambeau ostéo-plastique ; pas de suppuration; au bout de quatre semaines petite opération plastique pour oblitérer l'ancien orifice de la fistule.

GEORGES THIBIERGE.

Contribution à l'étude des abcès sous-diaphragmatiques gazeux, par C. VANLAIR (*Revue de médecine*, 10 *juillet* 1893).

Ce mémoire est basé sur l'observation d'un enfant de 6 ans chez lequel à la suite de douleurs abdominales vives, on vit se développer un abcès sous diaphragmatique gazeux qui bientôt fit saillie au creux épigastrique et fut ouvert par un chirurgien. L'enfant guérit, mais comme il existait en outre un épanchement pleurétique suppuré, une fistule pleuro-pulmonaire, une perforation du colon, un abcès dans le flanc gauche; l'auteur explique de la façon suivante ce cas complexe :

Sous l'influence d'une inflammation intestinale localisée au gros intestin, le péritoine au voisinage de cette portion d'intestin enflammé, a contracté des adhérences avec les parties voisines et permis la formation d'une poche toute prête à recevoir un épanchement purulent. L'inflammation péritonéale à travers les fentes lymphatiques du diaphragme s'est propagée à la plèvre droite et y a déterminé un épanchement purulent. Celui-ci ultérieurement a perforé le diaphragme et est venu remplir la poche péritonéale formée antérieurement. De là, formation d'un abcès sous-diaphragmatique. Ultérieurement le colon a été érodé par le pus et s'est perforé ; d'où entrée de gaz dans la poche purulente et production de l'abcès sous-diaphragmatique gazeux. Dans une phase consécutive, la plèvre pulmonaire a cédé et une fistule pleuro-pulmonaire s'est formée. Enfin l'entrée de germes infectieux ou de toxines dans les veines explique : 1° la production de l'abcès iliaque, c'est-à-dire précisément au point où la veine épigastrique se jette dans l'iliaque externe; 2° l'apparition d'un foyer broncho-pulmonaire du côté gauche.

L'auteur discute longuement son diagnostic, compare le cas qu'il a observé à ceux publiés antérieurement et insiste sur la rareté des abcès sous-diaphragmatiques chez l'enfant. C. GIRAUDEAU.

Un cas d'exstrophie du cloaque interne accompagné de l'absence des organes génitaux et de malformation grave des organes abdominaux et du squelette, par CURTILLET (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 440, *juillet* 1893).

Le fœtus sur lequel portent ces recherches a déjà été l'objet d'un travail de Vialleton. (Voir *R. S. M.* XLI,65) Curtillet en complète l'examen.

Les anomalies observées peuvent être résumés de la façon suivante :

1° Arrêt de développement de la paroi abdominale qui reste réduite sur une très large surface, entre l'appendice xyphoïde et le cordon, à la paroi primordiale sus-ombilicale.

2° Absence de cicatrice ombilicale; insertion vélamenteuse du cordon.

3° Absence des organes génitaux externes, de la vessie, du périnée et de l'anus. Exstrophie de la paroi postérieure du cloaque interne.

F. VERCHÈRE.

Abcès de la cavité de Retzius, par E. MARTIN (de Genève), (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, *janvier* 1893).

Fillette de 16 mois, rachitique, digérant mal, ayant depuis plusieurs jours une constipation absolue et une rétention d'urine complète ayant nécessité le cathétérisme : facies anxieux, t. 39°, mais pas de vomissements. Tuméfaction sus-pubienne, sans coloration de la peau, à convexité supérieure. Incision verticale de 4 centimètres jusqu'au dessous de la ligne blanche ; écoulement de 100 grammes de pus phlegmoneux, lavages au sublimé, drainage et pansement iodoformé. Guérison complète en vingt jours, mais cessation immédiate de la constipation et de la rétention d'urine.

Dans les cas de phlegmon de la cavité de Retzius, publiés jusqu'ici, aucun n'a trait à des enfants âgés de moins de 8 ans. R. JAMIN.

I. — Zur operativen Behandlung der Bauchfelltuberculose im Kindesalter (Traitement de la péritonite tuberculeuse chez l'enfant), par CONITZER (*Deutsche med. Woch.*, nº 29, *p.* 688, 1893).

II. — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse chez les enfants (3 observations), par HENDRIX (*La Policlinique*, *Bruxelles*, 1er *septembre* 1893).

I. — Conitzer relate sept observations de péritonite tuberculeuse traitée chirurgicalement chez des enfants de 2 à 9 ans, dont l'état général était relativement satisfaisant et qui n'offraient guère que de l'anorexie, de la lassitude, de la paresse pour la marche.

Dans les quatre premiers cas il s'agissait de la forme exsudative ; le traitement interne et les ponctions n'avaient fourni aucun résultat. L'auteur s'est contenté de pratiquer l'incision abdominale et de laisser la sérosité s'écouler, puis il a suturé la paroi ; il n'a pas fait de lavage, il n'a pas introduit d'iodoforme dans la cavité. C'est donc une sorte de laparotomie exploratrice ; rien de plus. Les quatre malades sont guéris ; un d'eux conserve cependant une petite fistule. L'examen histologique a montré que les lésions étaient tuberculeuses ; cellules géantes, bacilles de Koch dans deux cas.

Dans les trois autres cas, la péritonite était sèche ; il y avait des nodules caséeux et des bacilles. Un des enfants fut soulagé de ses douleurs par la laparotomie, mais l'état général ne fut pas amélioré. Les deux autres succombèrent rapidement.

Voici les conclusions de l'auteur :

La tuberculose de péritoine, chez l'enfant, est spontanément curable ; la forme sèche guérit rarement ; la forme exsudative guérit assez souvent et il est arrivé que des péritonites tuberculeuses exsudatives guéries aient été considérées comme des péritonites exsudatives simples ou comme des ascites essentielles.

Toutes les formes de la tuberculose péritonéale peuvent être guéries ou du moins améliorées par la laparotomie quand les autres traitements ont échoué.

Le succès de l'opération dépend de la forme (la péritonite avec épanchement est plus favorable), de la durée, des complications éventuelles.

Il faut se garder d'opérer quand les enfants sont cachectisés et lorsqu'ils ont des lésions viscérales avancées.

Comment agit la laparotomie ? Il est impossible de répondre à cette question. L. GALLIARD.

II. — 1º Enfant de 2 ans 1/2 atteint de tuberculose péritonéale, forme fibreuse sèche ; la laparotomie montre que la cavité péritonéale est comblée par des tumeurs de volume variable; on ne fait aucun lavage et l'on suture le ventre ; guérison opératoire et trois ans plus tard le ventre est souple, sans apparence de tumeurs ;

2º Enfant de 2 ans, dont les lésions péritonéales (tubercules conglomérés) étaient accompagnées d'une grande quantité d'ascite. Le liquide est évacué par une incision de l'abdomen et les suites de l'opération ne sont troublées que par l'apparition sur les lèvres de la plaie de masses fongueuses que l'on détruit par le curettage ; guérison. Seize mois plus tard aucune récidive.

Des inoculations de fragments péritonéaux déterminent la tuberculose du globe oculaire d'un lapin;

3° Enfant de 10 mois présentant la forme péritonéale ulcéreuse avec dégénérescence caséeuse des masses tuberculeuses. La laparotomie ne produit aucune amélioration et l'enfant succombe d'une broncho-pneumonie trois mois après l'opération. OZENNE.

Nierensarcom bei einen Kinde..... (Sarcome du rein chez un enfant; métastases pulmonaires; double pneumothorax), par BORCHARDT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 36, *p.* 860, 1893).

Enfant de 2 ans 1/2 portant depuis huit mois une tumeur du rein droit qu'on ponctionne sans obtenir autre chose qu'un liquide sanguinolent avec des cellules arrondies. On pratique la néphrectomie et l'on extrait une tumeur grosse comme une tête de fœtus à terme, à surface lisse, avec quelques élevures. Il s'agit d'un sarcome alvéolaire avec quelques cellules musculaires interposées entre les alvéoles.

Malgré un accident opératoire (déchirure du péritoine) l'enfant se remet rapidement; il urine; il n'a pas de fièvre. Subitement, cinq jours après l'opération, il se met à crier et à respirer vite ; on le calme, il dort une demi-heure, puis il se réveille, il crie, sa respiration s'accélère et il succombe.

A l'autopsie, double pneumothorax. Les plèvres, surtout la plèvre gauche, renferment de la sérosité. Les poumons sont affaissés et présentent de nombreux noyaux sarcomateux. C'est la perforation spontanée de deux de ces noyaux ramollis qui a causé le pneumothorax bilatéral. L. GALLIARD.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Traité clinique de dermatologie, par TENNESON (1 *vol.*, *Paris*, 1893).

Comme l'indique le titre de son ouvrage, l'auteur a volontairement délaissé les questions doctrinales pour se tenir sur le terrain de la clinique. Pourtant son livre ne s'adresse pas uniquement aux commençants ; les praticiens y trouveront d'utiles renseignements cliniques et thérapeutiques. Les chapitres les plus développés sont les suivants : eczéma, prurigo, lichens, dermatoses suppuratives, dermatoses bulleuses, érythème polymorphe, psoriasis, les maladies parasitaires, le chancre simple, les tuberculides, les léprides, les syphilides, les tumeurs de la peau, etc... Dans l'étude de toutes ces maladies, l'ouvrage que nous regrettons de ne pouvoir analyser plus complètement donne un résumé fidèle de l'état de la science aussi bien à propos des questions d'anatomie pathologique que de microbiologie. Ce livre, concis et élémentaire, est réellement pratique, toujours présenté d'une façon très personnelle, simple et claire ; nous le croyons appelé à un prompt et légitime succès auprès de tous ceux qu'intéressent les progrès de la dermatologie.

F. BALZER.

Ueber einen Fall von herdweizer Atrophie des subcutanen Fettgewebes (Un cas d'atrophie en foyers du tissu adipeux sous-cutané), par **V. PFEIFFER** (*Deut. Arch. f. klin. Med., L, p.* 438).

Femme de 23 ans, sans antécédents héréditaires; pas d'antécédents personnels sauf une céphalalgie récidivante depuis l'adolescence. En 1889, elle voit se développer sur les joues des tumeurs dures, de la grosseur d'une noisette. Il s'en développa ensuite aux seins, pendant que la malade perdait l'appétit. Un traitement antisyphilitique resta sans résultat. L'emploi de la liqueur de Fowler donna à la longue une apparence de guérison, en ce sens que les tumeurs diminuèrent de volume, mais laissèrent à leur place un enfoncement. D'autres tumeurs, puis d'autres enfoncements se produisirent en différents endroits du corps. Des morceaux enlevés montrèrent, macroscopiquement, une disparition de la graisse, remplacée par du tissu fibreux, apparence que confirma l'examen microscopique. La sclérose à maximum périartériel, sectionnait et atrophiait les lobules graisseux. Dans les cellules adipeuses, la graisse disparaissait par augmentation du protoplasme; dans certaines on pouvait compter une dizaine de noyaux, ce qui leur donnait l'apparence de cellules géantes. C. LUZET.

Dystrophie papillaire et pigmentaire, par F. HUE (*Normandie méd.*, 15 *août* 1893).

Cette lésion cutanée a été observée sur une femme de 45 ans atteinte de métrorragies dues à un épithélioma végétant de l'utérus, probablement généralisé au pancréas (sucre dans l'urine) et aux capsules surrénales. La pigmentation des téguments était généralisée. Les plis articulaires des coudes, les aisselles, le cou, les jarrets, les plis sous-mammaires étaient d'un brun noir, et cette coloration était encore plus accentuée sur les grandes lèvres, le périnée et les plis génito-cruraux. Là la peau n'était plus lisse, mais offrait un aspect villeux tellement prononcé que les villosités atteignaient un demi-centimètre de longueur, serrées les unes contre les autres et séparées par de profonds sillons. La pigmentation avait envahi les plis de l'abdomen et les paupières. Tout le reste de la peau présentait une teinte brune au moment de la mort survenue par cachexie et non suivie d'autopsie. OZENNE.

Note sur un cas d'érythème noueux intra-buccal, par MILLARD (*Soc. méd. des hôp.*, 28 *juillet* 1893).

Une jeune femme, lymphatique et rhumatisante, se réveilla un matin avec les deux joues enflées, rouges. En raison d'une mauvaise dentition, on crut à une stomatite d'origine dentaire. Huit jours après, il se montrait sur les deux jambes des plaques typiques d'érythème noueux. La malade pouvait à peine ouvrir la bouche assez pour tirer la langue; le visage était bouffi et on sentait une nouure située profondément dans l'épaisseur de chaque joue; à droite, elle siégeait au niveau de l'arcade dentaire supérieure et répondait à une dent cariée; à gauche, elle correspondait au niveau de l'arcade inférieure, en face d'une dent également cariée. Ces nouures, douloureuses à la pression, étaient mal circonscrites, dures, et la muqueuse, à leur niveau, était saillante et d'un rouge framboisé. Sous l'influence du salicylate de soude, les nouures de la face et celles des jambes disparurent en quelques jours. H. L.

Erythème noueux au cours d'une septicémie à streptocoques, par A. ORILLARD et R. SABOURAUD (*La Médecine moderne, p.* 122, 8 *février* 1893).

Femme de 23 ans ayant eu, à la suite d'une piqûre de mouche (?) un œdème considérable de la main et de l'avant-bras et une tuméfaction du bras

présentant l'aspect du phlegmon, bien que les incisions n'en aient fait sortir que du sang et de la sérosité; en outre, dans les régions deltoïdienne, pectorale et xyphoïdienne, une douzaine de nodosités ayant tout à fait l'aspect de l'érythème noueux. A l'autopsie, thromboses des veines superficielles du membre supérieur et de la veine axillaire; la section d'une nodosité montre à son centre une veinule énormément dilatée, thrombosée, dans le caillot de laquelle on trouve des chaînettes de streptocoques ainsi que dans le sang épanché à sa périphérie; le sang donne des cultures pures de streptocoque; le foie, le rein renferment également des foyers microbiens.

Les auteurs attribuent le développement des nodosités de l'érythème noueux à la thrombose microbienne d'une veinule sous-cutanée et l'érythème qui les entoure à l'extension sur place du foyer microbien.

GEORGES THIBIERGE.

Contribution à l'étude des hyperkératoses des canaux sudoripares, par MIBELLI (*Giorn. ital. delle mal. vener. XXVIII*, 3).

L'auteur rapporte deux observations d'hyperkératoses des canaux sudoripares recueillies, l'une sur un jeune homme de 21 ans, l'autre sur un homme de 62 ans, chez lequel l'affection occupait non seulement les mains, mais des portions assez étendues des membres supérieurs et inférieurs. Chez un troisième, elle occupait le dos des mains et des pieds. Elle est caractérisée par la formation d'amas épidermiques plus ou moins volumineux qui se localisent à l'ouverture des canalicules sudoripares; aussi l'auteur propose pour cette affection le nom de porokératose. L'examen histologique montre que l'amas de cellules cornées est précédé par une irritation des cellules de la couche de Malpighi. Mais à un stade avancé, cette couche s'atrophie sous la pression de l'amas épidermique. La lésion a pour siège l'orifice des canaux sudoripares et les couches épidermiques voisines. Quand le processus siège au niveau des glandes sébacées, il conduit à la disparition de ces glandes et du follicule pileux. D'une manière générale, il se localise surtout à l'ouverture des glandes, mais les canaux peuvent se dilater dans leur trajet intradermique jusque dans le glomérule. En même temps, il se produit dans le derme un travail de sclérose atrophique qui peut amener la disparition de la glande.

Cette affection a déjà été étudiée par Besnier, Neuburger, Tommasoli, sous les noms de kératodermie symétrique des extrémités, d'acrokératome. L'auteur, discutant sa nature et les anomalies qu'elle présente avec certaines formes de nœvi et d'ichthyose, croit qu'il s'agit d'une maladie spéciale qui se localise sur les orifices des glandes sudoripares comme la kératose se localise sur les follicules pileux dans la kératose pilaire.

F. BALZER.

D'une hyperkératose non décrite, par RESPIGHI (*Giorn. ital. delle mal. vener., XXVIII*, 3).

L'auteur a observé sept cas d'hyperkératose avec des éléments de formes variées : papuloïdes ou miliaires, lenticulaires, nummulaires, annulaires, conoïdes. L'affection est bilatérale avec tendance à la symétrie intéressant surtout les membres dans l'extension, mais pouvant aussi se montrer à la face et dans diverses parties du corps. Les éléments de cette dermatose sont secs, peu instables. Rien du côté des muqueuses. L'analyse histologique a montré que l'affection siège d'une manière non douteuse à l'entrée des glandes tubulaires et acineuses libres. La couche

cornée de l'épiderme est épaissie, et il peut exister aussi des altérations de la couche de Malpighi et du corps papillaire. Les glandes tubulaires se réduisent, les glandes acineuses libres s'hypertrophient, les follicules pileux restent inaltérés ou s'atrophient. La lésion à marche extrêmement lente, progresse excentriquement d'une manière régulière. Quelquefois le processus envahit de nouveau la partie centrale. L'auteur élimine successivement diverses formes d'ichtyose et de kératose. Il croit qu'il s'agit ici d'une forme spéciale d'hyperkératose : elle est reconnaissable surtout à son évolution clinique, à la progression excentrique avec résolution centrale de ses éléments ; à son processus qui intéresse surtout les glandes tubulaires et acineuses libres. Il propose pour cette affection le nom d'hyperkératose ou de porokératose excentrique des orifices des glandes tubulaires ou acineuses libres. F. BALZER.

Ueber autotoxische Kerotodermiten (Parakeratosen Auspitz und Unna), par P. TOMMASOLI (*Monatsh. f. prakt. Derm. Ergaenzungsh.*, *I*, 1893).

L'auteur s'est proposé, dans cette publication, d'établir les faits suivants :

1° Parmi les différentes dermatoses dans lesquelles il existe des altérations de la couche cornée, se trouve une série de maladies chroniques de la peau qui commencent constamment par une inflammation plus ou moins vive des couches superficielles du tégument et aboutissent à une hyperplasie de l'épiderme, particulièrement de sa couche cornée ; 2° en dehors de ce lien anatomo-pathologique, ces épidermopathies peuvent présenter des caractères communs dans le champ de la clinique ; 3° au point de vue étiologique également, ces épidermopathies offrent des rapports de parenté.

Il résulte de ces trois faits que ces épidermopathies forment une grande famille morbide ; l'auteur leur applique le nom d'épidermopathies kératophores et de kératodermites. Il range parmi elles : *a*) toute la première série des épidermopathies qu'Auspitz a classées dans son groupe des kératonoses, c'est-à-dire, les ichthyoses diffuses, le lichen pilaire, l'ichthyose folliculaire, les cornes cutanées, les durillons, les œil-de-perdrix, le psoriasis, le lichen ruber, le lichen plan, les pityriasis alba et rubra et la dermatite exfoliatrice des enfants ;

b) Les parakératoses d'Unna, c'est-à-dire, le pityriasis capitis et les autres formes sèches de catarrhe séborrhéique, le pityriasis rosé de Gibert et la parakératose variegata d'Unna ;

c) Les comédons, le lichen scrofulosorum, le lichen simple chronique de Vidal, toutes les variétés de kératomes des extrémités, y compris l'hyperkératose subunguéale de H. v. Hebra, la parakératose scutulaire d'Unna et les herpétides exfoliatrices de Bazin.

Tommasoli veut séparer de sa nouvelle famille les parakératoses d'origine externe ou parasitaire ; elle doit comprendre exclusivement les kératodermites d'origine interne ou mixte.

Le développement de ces kératodermites ne s'explique suffisamment, ni par la théorie parasitaire, ni par la théorie nerveuse ; pour en donner une interprétation satisfaisante, il faut revenir à l'ancienne conception des humeurs morbides ; il s'agit de troubles de la nutrition et, plus spé-

cialement, de l'intervention de substances toxiques fabriquées dans l'organisme lui-même, et à ses dépens, de telle sorte que Tommasoli complète sa définition en disant qu'il s'agit de kératodermites par troubles de nutrition, ou mieux de *kératodermites auto-toxiques*.

Les auto-toxines doivent être de nature variée ; elles peuvent résulter d'un trouble de nutrition congénital ou acquis. Leur mode d'action varie suivant leur qualité, leur quantité, leurs combinaisons, l'organisme dans lequel elles se développent et leur localisation. Cette théorie des auto-intoxications a été souvent déjà invoquée en dermatologie; elle nous paraît difficilement applicable à plusieurs des affections énumérées par l'auteur, et plus particulièrement aux ichtyoses diffuses, aux cornes cutanées, aux durillons, aux œils-de-perdrix, au pityriasis rosé de Gibert, au lichen scrofulosorum et aux variétés congénitales de kératomes. H. HALLOPEAU.

Angiokératome chez un enfant de 7 ans, par DUBREUILH (*Journ. méd. Bordeaux*, 28 *mai* 1893).

Enfant de 7 ans portant des angiokératomes survenus à la suite d'engelures ; ils occupent la face dorsale des doigts et de la main, on en trouve aussi quelques-uns sur la face palmaire. Les plus petites lésions sont formées par un tout petit point rouge foncé sans altération de l'épiderme. Dans les lésions plus volumineuses, ces points sont groupés en une tache irrégulière, un peu saillante avec épaississement de la couche cornée de l'épiderme. Enfin, à un stade plus avancé, la lésion présente l'aspect d'une verrue piquetée de rouge et de noir, cette apparence étant due aux dilatations des capillaires et à des caillots de sang desséché dans des dilatations ampullaires.

OZENNE.

A case of localised idiopathic atrophie of the skin, par TAYLOR (*Journ. of cutan. and genito-urinary diseases*, *p.* 125, *avril* 1893).

L'auteur a observé une malade qui présentait depuis cinq ans derrière l'oreille droite une plaque blanche, ovalaire, verticale, circonscrite par une zone périphérique d'un rouge violacé, se différenciant d'une morphée par l'amincissement extrême de la peau. Ablation partielle de la plaque atrophique et guérison ultérieure. L'examen microscopique du fragment montra un corps muqueux aminci, sans prolongements interpapillaires, la couche basilaire fortement pigmentée et la couche cornée d'une minceur extrême ; le corps papillaire est à peu près dépourvu de papilles et les cellules connectives du derme sont moins nombreuses qu'à l'état normal ; entre les fibres du tissu conjonctif sous-cutané dépourvu de vaisseaux se voient des amas de pigmentation. Les follicules pileux sont atrophiés ou convertis en kystes ; les glandes sudoripares et sébacées ont subi un processus atrophique et sont dégénérées ; les artérioles sont oblitérées ou converties en cylindres hyalins ; les nerfs font défaut au niveau de la plaque. P. MERMET.

On « Pagets disease of the nipple »....., par SCHULTEN (*Nordiskt medicinsk Arkiv*, *II*, 1893).

Schulten fait de la maladie de Paget du mamelon une affection voisine du cancer.

Femme de 69 ans, présentant depuis 15 ans au mamelon droit une excoriation rouge, superficielle, suintante et rebelle à tout traitement. Il y a 8 ans, toute la peau du sein droit était atteinte ; au-dessous d'elle on sentait dans la

glande une tumeur dure qui extirpée offrait la structure ordinaire du cancer. Peu de temps après l'opération la lésion cutanée reparut et, s'étendant peu à peu, envahit le côté droit du thorax et une partie du bras correspondant : sa surface était rouge, lisse, suintante et croûteuse par place, ses bords étaient limités. Plus tard la tumeur cancéreuse récidiva dans la cicatrice et l'examen histologique montra dans la lésion cutanée une prolifération épithéliale très marquée, et un grand nombre de psorospermies intra et extra-cellulaires, dans la tumeur sous-jacente la structure type du cancer avec quelques psorospermies. La mort survint au bout d'une année. P. MERMET.

Ittiosi cornea e psorospermosi, studio di morphologia dermopatica e di parasitologia, par CAMPANA (*Atti della R. Univ. di Genova*, 1892).

Observation d'un enfant présentant depuis sa naissance au niveau de la nuque et de la région interscapulaire, des papules noirâtres lenticulaires ou miliaires, revêtues d'une carapace d'apparence cornée, acuminée et dure, se détachant difficilement ; ces papules sont rapprochées les unes des autres, disposées en corymbes, ou sont séparées par des intervalles d'un demi-millimètre au plus ; par places elles sont ombiliquées, dépourvues de squames. Le microscope montre qu'elles sont formées de couches disposées en série pyramidale, invaginée dans un cercle de papilles hypertrophiées. Les cellules épidermiques au niveau de ces saillies présentent les altérations suivantes ; dans la couche muqueuse nombreuses vacuoles intra-cellulaires arrondies ou sphériques et corpuscules extra-cellulaires de dimensions variables, lisses, arrondis, jaunâtres, granuleux, que l'auteur regarde comme des psorospermies ; les autres couches de l'épiderme sont normales. L'auteur conclut qu'il a eu affaire à une forme de psorospermose et qu'à côté des maladies de Paget et de Darier il faut placer la psorospermose ichtyosique.

P. MERMET.

Pityriasis rubra et hémiatrophie faciale, par DEGOLA (*Giorn. ital. delle mal. vener., XXVIII*, 3).

Un homme de 27 ans, est atteint d'une éruption rouge et desquamante qui dure pendant deux ans ; une variole la fait cesser, mais elle reprend un mois après et continue sans interruption. Cette éruption papulo-squameuse est presque généralisée, mais prédomine à droite ; les cheveux sont en partie tombés, les ongles sont épaissis et douloureux ; il y a un léger prurit généralisé. Cette éruption résista au traitement sans amélioration notable pendant quatre mois. En même temps chez ce malade on notait une atrophie de la face à gauche avec taches cicatricielles au front, atrophie portant seulement sur les parties molles avec intégrité des os. L'auteur fait remarquer la coïncidence de l'atrophie faciale avec un pityriasis rubra. Cette dernière affection a été rattachée par Jarisch à des altérations de la substance grise spinale ; quant à l'hémiatrophie faciale, il est plus facile d'admettre son origine nerveuse trophique, bien que le siège de la lésion primitive soit encore inconnu. La coïncidence de ces deux affections chez le même sujet vient appuyer ces notions de pathogénie ; elles peuvent dépendre de lésions des ganglions du sympathique et de la substance grise cérébrale. F. BALZER.

Cas remarquable d'herpès zoster généralisé, par COLOMBINI (*Giorn. ital. delle mal. vener., XXVIII*, 13).

L'auteur rapporte l'observation curieuse d'un herpès zoster généralisé, caractérisé par la localisation de l'éruption sur le trajet des nerfs, les douleurs qui la précédèrent et la suivirent, et notamment la sensation spéciale de brûlure. A la face, l'éruption suivait les branches de la cinquième paire,

au cou, le rameau postérieur du plexus cervical et ses rameaux postérieurs, le rameau cervical transverse ; au tronc, elle accompagnait les nerfs intercostaux et abdomino-génitaux ; aux membres, elle suivait les principaux troncs nerveux ; l'éruption avait paru, en outre, sur les muqueuses de la bouche, du nez et de la conjonctive.

L'auteur, considérant la nature infectieuse du zona et son existence fréquente au cours de la malaria, est disposé à penser que le plasmodium malariæ peut se localiser dans les nerfs et amener ainsi son apparition. Dans ce cas, il a pu se localiser dans le système nerveux central, surtout dans les ganglions et dans certains nerfs. F. BALZER.

Un caso di herpés zoster studiato clinicamente e sperimentale nelle propriétâ di suoi prodotti cutanei, par VOLDETTARO (*Clin. derm. e sifili. della R. Univ. di Genova, XI*, 1892).

L'auteur a fait une série de recherches bactériologiques chez un malade atteint de zona lombo-sacro-fémoral, dont les éléments étaient les uns non infectés, les autres suppurés. Les cultures et les inoculations au lapin des éléments vésiculeux non suppurés ont été constamment négatifs ; les pustules zostériennes, au contraire, renfermaient le staphylocoque doré et leur inoculation infecta les animaux. L'auteur conclut de ces recherches que l'infection septique est indépendante du processus zostérien, qu'il s'agit là de deux maladies distinctes.

P. MERMET.

Ueber das Vorkommen von Streptokokken bei Impetigo contagiosa, par KURTH (*Arbeiten aus d. kaiserl. Gesundheitsamte, VII, et Hyg. Rundsch., II*, 1028).

Kurth a pratiqué l'examen bactériologique de 19 pustules d'impetigo contagieux provenant de 3 épidémies différentes. Dans 8 de ces pustules il a trouvé des streptocoques en cultures pures ; dans les 11 autres, ils étaient associés au staphylocoque doré.

Le streptocoque de l'impétigo se comporte d'une façon toute spéciale chez les souris. Tandis que tous les autres streptocoques, qui tuent ces animaux, se répandent dans leur corps et peuvent être décelés dans leur sang et tous leurs organes, le streptocoque de l'impetigo se cantonne au point d'inoculation. Les troubles morbides offerts par les souris présentent aussi quelque chose de caractéristique. Au lieu de l'infiltration aqueuse du tissu cellulaire que produit, par exemple, le streptocoque congloméré, on observe une déshydratation croissante et l'émaciation qui en est la conséquence. Mais les cultures destinées à infecter les animaux ne doivent pas être âgées de plus de 24 heures, car, autre particularité du streptocoque impétigineux, il perd promptement sa virulence.

On observe cependant certains cas singuliers où le streptocoque de l'impetigo ne reste point cantonné au point inoculé. Quelques souris infectées avec le pus trouvé à l'endroit inoculé chez les animaux morts ont offert à l'autopsie les lésions de l'infection générale par les streptocoques et les cultures pures ainsi obtenues ont conservé la faculté de pénétrer dans le corps des animaux. On peut observer la même modification biologique lorsqu'on injecte directement des cultures faites dans un mélange composé de deux parties de bouillon et de 1 partie de sérum de mouton. Mais si, avant de l'inoculer, on transporte cette culture sur un

terrain ordinaire, les streptocoques reprennent leur caractère de se cantonner au lieu inoculé.

Un point par lequel le streptocoque impétigineux se distingue encore des autres sortes de streptocoques, c'est qu'il forme de l'acide en abondance. J. B.

Report of a case of pemphigus foliaceus, par REGENESBURGER (*Journ. of cutan. and genito-urinary diseases, p.* 70, *février* 1893).

Homme de 50 ans, de bonne constitution, qui, pendant la convalescence d'une grippe, présenta les accidents suivants : Il vit d'abord apparaître sur la face antérieure de la poitrine des bulles de la grosseur d'une noisette, remplies d'un liquide séro-purulent, s'ouvrant au bout de quelques jours et laissant une surface rouge érythémateuse. Peu à peu l'éruption s'étendit et, un mois après son début, avait gagné tout le corps, excepté la paume des mains et la plante des pieds ; l'affection s'accompagnait de poussées fébriles précédant chaque nouvelle éclosion de bulles ; le prurit était parfois intense. Deux mois après le début de la maladie, rougeur érythémateuse très vive du corps, abondante desquamation épidermique pityriasiforme, chute des cheveux, et finalement symptômes généraux graves : cachexie, subdelirium, agitation, qui emportèrent le malade. P. MERMET.

Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus acutus, par Leopold BLEIBTREU (*Berlin. klin. Wochens*, 10 *et* 17 *juillet* 1893).

Fille de 20 ans. Le 31 mai, débute une éruption bulleuse, d'abord limitée aux membres supérieurs, à la face et à la muqueuse buccale. Malgré des poussées quotidiennes, l'affection ne tendait pas à s'étendre, lorsque, le 7 juin, la malade fut prise de violentes douleurs de tête et de courbature, suivies d'une généralisation des bulles avec nouvelles poussées incessantes. Ces bulles étaient surtout nombreuses dans les cavités axillaires et à la marge de l'anus. Les plus anciennes ne présentant guère de tendance à se cicatriser, dès le 15 juin, le dos et les fesses étaient complètement dépouillés de leur épiderme et suintants. Les poussées s'effectuaient de préférence la nuit. La température était, en général, normale le matin, puis elle s'élevait peu à peu de façon à atteindre son maximum (rarement 39°,5) entre quatre et six heures du soir, après quoi elle redescendait lentement. Sous l'influence des souffrances, l'état général ne tarda pas à devenir mauvais : les frissonnements des premiers jours furent remplacés par de véritables frissons ; les urines contenaient une quantité notable d'albumine et quelques cylindres épithéliaux non graisseux. Enfin apparut une diarrhée incoercible et la malade succombait dans le collapsus le 27 juin, c'est-à-dire juste quatre semaines après le début de l'affection. La quinine, l'iodure de potassium et l'atropine s'étaient montrés complètement inefficaces ; la quinine n'avait pas même modifié la courbe fébrile.

L'autopsie n'offrit à signaler qu'une anémie intense de l'encéphale et des lésions inflammatoires des parties inférieures du petit et du gros intestin.

Bücklers et Claessen ont, chacun de leur côté, pratiqué l'examen bactériologique de ce cas de pemphigus. Bücklers s'est borné à examiner sous le microscope des fragments de peau pris sur le cadavre. Dans l'épiderme qui recouvrait une bulle encore intacte et dans le derme dénudé d'une bulle rompue, il a vu des diplocoques groupés en amas de trois à quinze et même davantage ; la plupart avaient les dimensions des gonocoques auxquels leur configuration les fait d'ailleurs ressem-

bler ; ils n'ont pas de capsule et offrent une tendance marquée à se disposer en rangées.

Claesson a cultivé sur divers milieux solides et liquides le contenu d'une bulle récente et obtenu deux espèces de colonies : 1° des staphylocoques pyogènes blancs ; 2° des colonies jaunes surtout sur les bords, ne liquéfiant pas la gélatine et formées par des diplocoques, le plus souvent isolés, jamais réunis en chaînes, de grosseur variable de 1,8 à 3 μ, animés du mouvement moléculaire, aérobies, prenant bien les couleurs d'aniline et celle de Gram, ressemblant en somme aux diplocoques que Demme a signalés dans le pemphigus. L'inoculation de ces cultures à un cochon de lait n'a déterminé d'autre phénomène qu'un peu de rougeur locale. (*R. S. M.*, XXVI, 198 et XL, 229.) J. B.

Étude sur le dermographisme ou dermatoneurose toxivasomotrice, par BARTHÉLEMY (1 *vol. Paris*, 1893).

Cette monographie sur le dermographisme nous donne une étude intéressante de cette curieuse faculté que prend la peau de garder l'empreinte très accentuée de tous les signes qui sont tracés à sa surface avec une pointe émoussée. Ce phénomène symptomatique commun à plusieurs maladies est loin d'être négligeable. L'auteur rapporte le fait très remarquable d'un homme âgé de 28 ans, vigoureux, qui devint sourd au point d'être obligé de renoncer à ses affaires. Ayant remarqué que ce malade était dermographique, Barthélemy prescrivit le séjour à la campagne et l'hydrothérapie ; moins d'un mois après le malade était guéri complètement. Mesnet a montré que ce phénomène se rencontre facilement chez les sujets hypnotisables dont les affections nerveuses peuvent être heureusement influencées par la suggestion. Les émotions vives, les terreurs, etc., peuvent avoir une influence extraordinaire sur la genèse de ce phénomène ; l'auteur rapporte même des exemples très intéressants d'érythème, de purpura, etc., déterminés chez certains individus par suggestion ou par auto-suggestion. Le dermographisme se rencontre beaucoup chez les hystériques, et surtout lorsqu'il y a en même temps un tempérament arthritique ; pourtant les relations du dermographisme avec l'hystérie ne sont pas nécessaires et il peut fort bien en être indépendant. Le dermographisme présente des apparences très variables suivant son intensité, mais il n'y a là que des différences de degré et non de nature. On peut admettre au point de vue pathogénique l'intervention de toxines agissant sur un système nerveux particulièrement prédisposé ; on peut donc adopter à ce point de vue la dénomination de dermatoneurose toxivasomotrice. La thérapeutique découle naturellement de cette conception ; son but est de faciliter l'élimination des toxines et de tonifier le système nerveux. L'auteur a mis en relief le grand intérêt du dermographisme au point de vue historique et rappelé l'importance qu'on attribuait jadis à ce phénomène jugé surnaturel et commandé par des puissances invisibles. Toute cette partie de l'ouvrage doit être lue car les faits qu'elle rapporte et qu'elle explique ont trait non seulement au dermographisme mais à tout l'ensemble des phénomènes vaso-moteurs dont l'explication est voisine de celle du dermographisme, érythème, bulles, érosions, érup-

tions diverses et aussi fluxions internes, hémoptysies, etc... En somme, l'auteur a pleinement mis en évidence dans ce bel ouvrage la haute importance du dermographisme et la place considérable qu'il doit tenir en dermatologie et en même temps dans l'observation des nombreuses maladies. Dix-sept belles planches sont annexées au texte et le livre, admirablement édité, se termine par la bibliographie certainement la plus complète que l'on puisse consulter sur le sujet. F. BALZER.

Un cas d'éléphantiasis congénital du cuir chevelu, par PEDRO DE MAGALHAES (*The Amer. j. of the med. sc., p.* 120, *février* 1893).

Brésilien de 20 ans, de race nègre croisé de blanc, portait son affection dès sa plus tendre enfance; elle paraît dater de sa naissance. Son accroissement a été progressif. La partie latérale du crâne correspondant à l'éléphantiasis paraît manifestement déformée et la difformité semble se continuer avec l'arcade zygomatique. Il est difficile de savoir quelle influence a amené la déformation osseuse et s'il ne serait pas possible d'en accuser le poids de la tumeur, ce que croit l'auteur. Les cheveux qui ont poussé sur la peau éléphantiasique sont pour la plupart dénués de pigment et blancs contrastant avec la couleur noire des cheveux crépus du patient. La tumeur, qui naît presque au niveau de la ligne médiane du crâne et cesse au-dessus de l'oreille pend au dehors de l'oreille et son bord inférieur, atteint le cou; en avant, elle s'insère jusqu'à la partie moyenne du sourcil et en arrière jusqu'à la ligne occipitale supérieure. Elle est souple, flasque et forme une sorte de poche qu'il est possible de soulever pour découvrir l'oreille légèrement abaissée et oblique. F. VERCHÈRE.

The treatment of a case of elephantiasis by the elastic bandage, par RANSOM (*Med. Record, p.* 505, 22 *avril* 1893).

L'auteur rapporte un cas d'état éléphantiasique des jambes consécutif à un eczéma chronique, développé chez une femme obèse, successivement traité sans succès par le régime lacté, les diurétiques, les pansements aux solutions plombiques et à la créoline, l'élévation des membres, et guéri avec la plus grande rapidité (6 jours) par la compression méthodique à l'aide de la bande de caoutchouc. P. MERMET.

The removal by electrolysis of an extensive hairy nævus of the face, par Henry FOX (*Journ. of cutan. and genito-urinary diseases, p.* 155, *mai* 1893).

L'auteur a eu à traiter par l'électrolyse un nævus pilosus de la joue droite, étendu jusque sur la paupière inférieure et sur le nez; la lésion surélevée verruqueuse d'aspect, très colorée était recouverte de poils durs, sombres, et présentait à son centre une masse sèche, noirâtre, en saillie, véritable corne cutanée. Le traitement consista au début à détruire la tumeur centrale à l'aide de courants électrolytiques de 3 à 5 milliampères à raison d'une séance par semaine; plus tard lorsqu'on eut ramené le tissu morbide au niveau de la peau saine, on détruisit directement ce qui restait des bulbes pileux en les attaquant séparément par la méthode ordinaire. La guérison ne fut complète qu'au bout de quatre ans. P. MERMET.

Sur la nature des xanthomes, par HALLOPEAU (*Annales de derm. et de syphil., p.* 395, *août-septembre* 1893).

Des travaux de Kœbner et de Touton et d'une observation personnelle très complète, l'auteur conclut que les xanthomes : 1° sont des néoplasies

bénignes d'origine embryonnaire, c'est-à-dire des nævi; 2° peuvent être localisés à une région occupée par un nævus; 3° forment parfois de longues bandes suivant le trajet des nerfs; 4° sont dûs à la persistance dans les tissus et à la prolifération de cellules embryonnaires génératrices de la graisse; 5° peuvent secondairement devenir le siège de phlegmasies, d'hyperémies ou d'hémorragies; 6° peuvent, étant très vasculaires au niveau des membres, s'affaisser au point de devenir presque méconnaissables; 7° produisent l'ictère lorsqu'ils s'étendent aux voies biliaires, la glycosurie lorsqu'ils se localisent dans le pancréas et cela par le mécanisme de l'obstruction de ces canaux par les tumeurs xanthomateuses; 8° cette localisation viscérale s'observe surtout quand les xanthomes occupent les membres sous forme de tubérosités ponctuées, et les intermittences de l'ictère et de la glycosurie tiennent aux changements de volume des tumeurs suivant le degré de réplétion du système vasculaire. P. MERMET.

Lèpre systématisée nerveuse à forme syringomyélique, par PITRES et SABRAZÈS (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, n° 3, *p.* 121, 1893).

Pitres et Sabrazès relatent l'observation détaillée d'un homme de 46 ans qui, fut pendant plusieurs mois considéré comme un syringomyélique et qui en réalité était un lépreux. Cet homme avait séjourné à la Martinique, de 26 à 35 ans.

Il présenta à 29 ans une plaque d'anesthésie sur le mollet gauche, et bientôt après une plaque symétrique sur le côté droit. Ces plaques s'étendirent graduellement. A l'âge de 42 ans se développèrent chez le malade, des troubles trophiques variés : maux perforants plantaires, bulles pemphigoïdes aux jambes et aux avant-bras, chute et dystrophie des ongles, ulcérations mutilantes des doigts et des orteils.

Lorsqu'il fut examiné, en mars 1892, on constata une dissociation très nette de la sensibilité (conservation de la sensibilité au contact, perte des sensations de douleur et de température) sur les membres inférieurs, les organes génitaux, les avant-bras, les mains et quelques parties du crâne et de la face.

Le séjour du malade à la Martinique permettait de soupçonner la lèpre, mais d'autre part la constatation de dissociations sensitives très remarquables, l'absence de nodosités le long des nerfs cubitaux, de tubercules sous-cutanés, de taches caractéristiques pigmentaires ou vitiligineuses, cadrait mieux avec l'idée de syringomyélie.

Le sang de ce malade fut examiné à plusieurs reprises ; l'examen resta négatif. Par contre, le bacille de Hansen fut découvert dans un fragment de nerf excisé sous la peau de l'avant-bras. Le diagnostic de lèpre fut d'ailleurs confirmé par l'apparition en janvier 1893, de plaques érythémateuses caractéristiques sur le tronc et les fesses. G. LYON.

Note sur un cas de lèpre, par E. BODIN (*La Médecine moderne*, *p.* 1022, 25 *octobre* 1893).

Lèpre nerveuse contractée en Espagne, par un homme de 44 ans. En certaines régions, dissociation dite syringomyélique de la sensibilité. Les produits de râclage d'une ulcération siégeant au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil renfermaient un grand nombre de bacilles lépreux : cette constatation n'est pas sans intérêt, car la recherche du bacille dans les ulcérations trophoneurotiques de la lèpre a généralement échoué. GEORGES THIBIERGE.

La lèpre en Italie, par FERRARIS (*Giorn. ital. delle mal. vener. XXVIII*, 2 et 3).

La lèpre n'est pas contagieuse ni par contact immédiat, ni même du fœtus à la mère ou vice-versa. Elle est héréditaire comme l'est la scrofule. L'auteur conclut logiquement à l'impossibilité du mariage au point de vue de la prophylaxie et à l'isolement avec séparation des sexes au moins jusqu'à l'âge critique de la femme. Pour détruire les foyers cutanés, il emploie le thermo-cautère en faisant de petites incisions quadrillées jusqu'aux tissus sains et une incision circulaire autour de la lésion ; on panse à l'iodoforme. Ce traitement donne d'excellents résultats surtout pour la face. L'auteur prescrit en même temps l'huile gynocardique (chaulmoogra) progressivement jusqu'à cent gouttes par jour pendant deux ou trois mois ; il cesse ensuite pendant un temps égal pour recommencer de nouveau. F. BALZER.

La lèpre dans le Midi de la France en 1893, par ZAMBACO-PACHA (*Bull. Acad. méd.*, 9 *mai* 1893).

Depuis une année, l'auteur a poursuivi ses recherches sur la lèpre dans le Midi de la France et de l'étude qu'il en a faite et qu'il expose, il résulte que la lèpre qui sévit en France est la vraie lèpre antique. Elle existe partout souvent avec des caractères d'atténuation et de dégénérescence très marqués ; néanmoins, quelque variée qu'elle soit dans son aspect, elle appartient toujours à l'une ou l'autre des formes classiques : la léonine et la nerveuse. Dans le Midi de la France on la trouve à tous les degrés de l'échelle, depuis le type le plus criard de la lépre léonine jusqu'à la forme la plus atténuée. Les symptômes de l'affection, bien qu'on n'ait pas toujours constaté la présence du bacille, ne peuvent faire douter de sa nature. OZENNE.

Le tokelau et son parasite, par BONNAFY (1 *vol in*-8° *de* 48 *p.*, *Paris*, 1893).

Le tokelau (*tinea imbricata* de P. Manson) est caractérisé par le développement sur le tégument d'anneaux concentriques ou cocardes de squames en forme de lamelles triangulaires adhérentes à leur base; ces anneaux progressent excentriquement, en même temps qu'ils se montrent sur différents points du corps et parviennent ainsi à occuper la presque totalité du tégument, à l'exception de la tête et de la face palmaire des mains. Le traitement consiste dans l'emploi de bains de sublimé après décapage avec la pierre ponce.

L'affection s'observe exclusivement à Java, à Sumatra, à Bornéo, aux Philippines, à la Nouvelle-Guinée, aux Carolines, aux îles Fidji et dans les îles voisines.

Elle est causée par un parasite que l'auteur a étudié avec soin dans les squames et qu'il considère comme différent du trichophyton; les tentatives de culture ont échoué. GEORGES THIBIERGE.

La crisarobina nel lupus tubercolare, osservazione clinica ed istologia, par BONANDRINI (*Clin. derm. e sifili. della R. Univ. di Genova, XI*, 1892).

Après avoir rapporté l'observation et l'examen histologique de deux cas de lupus tuberculeux traités par Campana et guéris par la pommade

à la chrysarobine à 10 0/0, l'auteur montre que ces résultats favorables sont dus à la dermatite aiguë venant se surajouter à la lésion chronique Cette amélioration produite par la chrysarobine n'est du reste que passagère et il est nécessaire de compléter ultérieurement son action par l'emploi du galvano-cautère. P. MERMET.

Du traitement interne du lupus érythémateux par le phosphore, par DUNCAN BULKLEY (*The Americ. j. of the med. sc., p.* 393, *avril* 1893).

Connu depuis longtemps, le phosphore avait été abandonné par tous les auteurs modernes. Son action dans le traitement du lupus érythémateux est très remarquable. On doit agir avec grande prudence dans l'administration du phosphore. Cependant son usage peut être prolongé si on le surveille attentivement; c'est ainsi que quelques malades ont pu le supporter pendant des mois, sans autre résultat qu'une grande amélioration de l'état général.

L'auteur le donnait primitivement sous forme d'huile phosphorée ou en pilules; survinrent des douleurs d'estomac et des troubles. Du côté du foie, jaunisse intense de telle sorte qu'actuellement le meilleur mode d'administration reconnu est la solution que Thompson recommandait pour les affections nerveuses. Phosphore, alcool absolu, puis mêlez avec glycérine, alcool, essence de menthe, de façon que chaque drachme contienne 1/20 de grain de phosphore. Avec cette préparation, l'auteur n'a jamais eu à observer d'accidents, ni même de troubles.

Dans la plupart des cas le traitement est commencé par 15 gouttes, trois fois par jour. Il est bon de mêler avec 1/4 de verre d'eau glacée. Si le phosphore est exposé à l'air, il se forme de l'acide phosphorique moins énergique. D'une façon générale on peut augmenter la dose de 1 ou 2 gouttes chaque fois, jusqu'à 30 prises, en 3 fois. Quelques malades ont pu en prendre jusqu'à 60 gouttes. F. VERCHÈRE.

Ein Beitrag zur Kenntniss des Iodoformdermatitis (Sur la dermatite iodoformique, par MATSCHKE (*Therap. Monats.*, *n°* 10, *octobre* 1893).

Il n'est pas nécessaire pour que l'iodoforme provoque la dermatite spéciale qu'il produit parfois, qu'il y ait une solution de continuité de la peau. Son emploi sur la peau saine peut avoir la même action par simple contact. PAUL TISSIER.

Du molluscum contagieux, par JAJA (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXVIII*, 3).

L'auteur a essayé sans succès de faire des inoculations du molluscum contagieux, il croit cependant à sa nature parasitaire et est disposé à le rattacher aux psorospermoses. Il rapporte l'observation d'un malade qui présentait à la face interne de la cuisse gauche un groupe de molluscum formant une tumeur compacte, et immédiatement en regard sur la cuisse droite un groupe moins étendu de molluscum. Avec une seringue de Pravaz et parallèlement à la surface de la peau, il injecta à la base de chaque molluscum une goutte d'une solution de sublimé à 1/100 et répéta l'opération le lendemain. Peu à peu toutes les lésions s'affaissèrent et disparurent sans laisser de cicatrice. L'auteur tout en recommandant son procédé croit que ce résultat thérapeutique vient encore confirmer la théorie parasitaire du molluscum contagieux. F. BALZER.

A contribution to the histology of psoriasis, par PIFFARD (*Journ. of cutan. and genito-urinary diseases, p.* 132, *avril* 1893).

Pour l'auteur, le véritable siège du processus morbide du psoriasis est le stratum granulosum. Le derme est fort épaissi grâce à un accroissement de nombre et de volume des faisceaux du tissu conjonctif, et au développement inusité de tissu musculaire lisse. Le corps muqueux de Malpighi est fort épaissi et ses cellules présentent par places un aspect vacuoliforme. Le stratum granulosum est surtout lésé ; il est énormément développé et présente par endroits trois, quatre et même cinq rangs de cellules. Au-dessus de lui se trouve une couche épaisse de cellules semi-transparentes et vaguement nucléées, occupant la place du stratum corneum et donnant tout à fait l'idée de l'existence de ce stratum modifié par le processus morbide. Les glandes sébacées et sudoripares sont parfaitement normales. P. MERMET.

Madura disease (Mycetoma), and Actinomycosis, par A. KANTHACK (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, *I*, 1892).

Kanthack a examiné sous le microscope plusieurs cas de pied de Madura observés dans l'Inde et il est convaincu de la justesse de l'opinion exprimée depuis longtemps par Carter qu'il y a sinon identité, tout au moins parenté très proche entre cette affection et l'actinomycose d'Europe.

L'affection hindoue présente 2 variétés : la jaune, très analogue sous tous rapports à l'actinomycose, et la noire qui s'en écarte notablement, aussi bien macroscopiquement que microscopiquement. Pourtant Kanthack a réussi dans un cas à constater le passage de la forme jaune à la noire et, par conséquent, il ne regarde cette dernière que comme une variété dégénérée de l'autre. Quant au champignon auteur de l'affection, pour lequel il propose le nom d'oospora indica, il tient pour vraisemblable qu'il est identique à l'actinomycète (*R. S. M.*, VII, 273 ; VIII, 655 ; XXXII, 567 ; XL, 600, et XLI, 618). J. B.

Note sur le favus de l'homme, par E. BODIN (*Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 7 *avril* 1893).

La pluralité des favus est aujourd'hui hors de contestation, et dès à présent, le nombre des espèces paraît considérable. Il est prématuré de désigner les espèces faviques, soit par le nom de l'animal sur lesquels on les rencontre, soit par leur pays d'origine. Cette pluralité des favus est à rapprocher de celle des tricophytons : Les deux teignes humaines, favus et tricophyton, déjà très voisines pour leur origine cryptogamique, seraient encore proches parentes au point de vue de leur multiplicité et de leur existence saprophytique. P. MERMET.

Anatomie pathologique de la gale, par DUBREUILH (*Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 8 *avril* 1893).

Les auteurs sont peu explicites sur le siège exact du sillon acarien dans l'épiderme : la plupart avec Kaposi le placent dans le corps muqueux de Malpighi ; l'auteur montre, comme l'avait déjà vu Török, que le sillon

et la logette occupée par le sarcopte sont entièrement situés dans la couche cornée. P. MERMET.

Étude sur les localisations osseuses hérédo-syphilitiques tardives. Lésions des os longs de la colonne vertébrale et du bassin, par Michel GANGOLPHE (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 1, *janvier* 1893).

Chez la malade dont l'auteur rapporte l'observation existaient des lésions sur la plupart des os. Examinées avec soin on pouvait constater qu'elles étaient identiques aux lésions de l'ostéo-syphilose tertiaire et s'il existe quelque différence entre cette ostéo-syphilose tertiaire et l'ostéo-syphilose héréditaire tardive, elle paraît résulter uniquement de l'époque dissemblable de la vie où on les observe. Les lésions hérédo-syphilitiques tardives ont pour siège de prédilection le bulbe de l'os; parti de ce point le processus gommeux diffuse le long de la diaphyse et s'étend sur une hauteur variable. Il peut arriver que la diaphyse et l'épiphyse soient isolément atteintes.

La résorption sans élimination au dehors d'une portion osseuse plus ou moins considérable semble se rencontrer plus fréquemment dans l'hérédo-syphilis. Tantôt la diaphyse d'un os long, tantôt l'épiphyse a disparu plus ou moins, quelquefois même une portion variable d'un os court ; dans l'observation rapportée par l'auteur, se trouve signalée la disparition à peu près complète d'un corps vertébral. L'accroissement en longueur de certains os se trouve arrêté par le fait probable de la résorption des épiphyses, inversement l'allongement peut être observé, il s'agit alors d'une action irritante indirecte sur le cartilage de conjugaison.

La déformation du tibia chez les hérédo-syphilitiques, l'incurvation arciforme de l'os à convexité antérieure n'offre rien d'absolument typique et peut s'observer chez les tertiaires. Chez la malade de M. Gangolphe on observait un retard considérable dans la soudure des épiphyses.

Il paraît impossible en résumé de trouver des caractères différentiels tranchés entre les lésions syphilitiques héréditaires et les tertiaires. Il est donc impossible de distinguer anatomiquement l'ostéo-syphilose héréditaire tardive de celle qui résulte d'une contamination dans les premières années de la vie. F. VERCHÈRE.

Kongenitale Syphilis bei paterner Infektion, par BERGH (*Monatsh. f. pratkt. Dermat., XVII, n°* 3).

L'auteur rapporte l'observation d'un enfant chez lequel il a constaté l'existence d'une syphilis congénitale qui a été en toute évidence transmise par le père sans infection de la mère, car celle-ci a présenté, 6 semaines après la naissance de l'enfant, des chancres indurés bientôt suivis d'autres manifestations spécifiques : il n'existait jusque là dans la littérature médicale que deux faits semblables. H. HALLOPEAU.

Progressive musculare atrophy syphilitic, par HAMMOND (*New-York neurol. Society*, 4 *avril* 1893).

Cas intéressant d'atrophie musculaire progressive chez un enfant atteint de syphilis héréditaire tardive. Début brusque de l'affection par des phénomènes parétiques des membres supérieurs. Actuellement, tous les muscles

de la main, de l'avant-bras et du bras sont atteints et offrent des secousses fibrillaires très marquées. On constate de plus de l'hémiatrophie de la langue et l'impossibilité de siffler et de prononcer certains mots. Il existe de la paralysie d'un des muscles de l'œil. Ajoutons à cela les phénomènes tabétiques classiques : incoordination des mouvements, signes de Romberg et de Westphal. P. MERMET.

Eine eigenthumliche..... (Maladie typique à forme spéciale survenue chez trois enfants de la même famille), par HORNEN (*Archiv für Psychiatrie, XXIV*, 1, *p*. 191).

La maladie en question s'est rencontrée chez trois enfants sur quatre, issus d'un même père et d'une même mère ; l'enfant qui n'a pas été atteint est mort en bas âge.

Chez les trois autres, la maladie a débuté par du vertige, de la pesanteur de tête, de l'abattement, de l'anorexie, de l'affaiblissement intellectuel. Puis la démarche est devenue incertaine, vacillante, semblable à celle d'un homme ivre. Douleurs vagues dans les jambes et dans d'autres parties du corps. L'affaiblissement intellectuel est allé en s'accentuant ; la parole est devenue embarrassée, au point d'être inintelligible. La réaction pupillaire était paresseuse. Léger émoussement de la sensibilité. Dans les derniers temps, les malades ont présenté de la gêne de la déglutition. Ils ont eu des troubles gastriques, avec vomissements. Rigidité et plus tard contracture de certains groupes de muscles, aux jambes, aux cuisses, aux bras. Deux des malades ont eu des accès de tremblement principalement aux bras et aux mains.

Chez les trois malades, l'expression clinique a présenté la plus grande ressemblance. Tous les trois avaient un aspect infantile qui frappait à première vue. Ils ont présenté les premiers symptômes, l'un à l'âge de 20 ans, l'autre à l'âge de 12 ans, le troisième à l'âge de 20 ans également. Pas de causes prédisposantes et occasionnelles appréciables. La durée de la maladie s'est chiffrée par trois et demi, sept et six ans. Les lésions constatées à l'autopsie ont présenté la même concordance que le tableau clinique ; en voici l'énumération :

Épaississement de la paroi du crâne et des méninges ; la pie-mère était soudée par places à la paroi cranienne. Le cerveau avait un poids très faible (1,060 gr., 1,160 gr. et 1,130 gr.). Les vaisseaux cérébraux étaient parsemés de taches de sclérose. Des foyers de ramollissement occupaient le noyau lenticulaire du corps strié, des deux côtés. L'examen histologique a révélé une disparition en masse des fibres nerveuses à gaîne de myéline, des fibres tangentielles surtout, principalement dans les lobes frontaux, ainsi qu'une légère atrophie des cellules pyramidales, un certain degré d'épaississement de la névroglie dans l'écorce, et des altérations vasculaires en rapport avec de l'endartérite.

L'auteur développe les raisons qui lui ont fait soupçonner que cette maladie familiale était l'expression de la syphilis héréditaire. E. RICKLIN.

Ueber die Berechtigung und die Wirkung der Quecksilbercuren bei Tabes dorsalis, par M. DINKLER (*Berlin. klin. Wochens.*, 10 *avril* 1893 *et suiv.*)

Comme justification du traitement mercuriel de l'ataxie locomotrice, Dinkler rapporte succinctement l'histoire de 71 tabétiques d'Erb, qui avaient eu la syphilis. Sous l'influence de cette médication, il y a eu amélioration chez 58, état stationnaire chez 11, et aggravation chez 2 seulement ; mais, chez ces deux derniers, le traitement spécifique n'était pas

moins indiqué, puisque l'autopsie de l'un a révélé des altérations syphilitiques des artères cérébrales et des méninges spinales, et que l'autre a succombé au milieu de phénomènes indiquant une tumeur (gomme?) du cerveau. J. B.

Rétrécissement syphilitique des bronches avec goitre, par KROENLEIN et RIBBERT (*Correspond.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 10, *p.* 372, 15 *mai* 1893).

Jeune femme ayant été soignée pour un ulcère syphilitique de la jambe. Goître avec phénomènes de suffocation qui persistent malgré la thyroïdectomie. Deux jours plus tard, trachéotomie qui démontre l'absence de tout rétrécissement trachéal. Mort par asphyxie 6 heures après cette opération.

Dans le lobe inférieur du poumon droit, foyer de gangrène sèche, plus gros qu'une noix, séparé en grande partie, par une fente, du tissu pulmonaire environnant qui était induré. Au niveau de la bifurcation trachéale, cicatrices rétractiles qui rétrécissaient les deux bronches, la gauche n'étant plus perméable que pour un stylet. J. B.

3 Fälle von Mastdarsyphilis, par von ZEISSL (*Wien. med. Presse*, *p.* 126, 1893).

L'auteur rapporte trois cas de syphilis du rectum. Ces trois cas concernaient des femmes présentant des ulcérations gommeuses de la paroi rectale ayant abouti à la perforation de la paroi antérieure et entraînant par la suite tous les symptômes des fistules recto-vaginales. Chez la dernière, on notait en outre l'existence d'un rétrécissement de l'intestin au-dessus de l'ulcération. Chez ces trois malades, il existait en même temps d'autres symptômes tertiaires. La mort survint chez l'une d'elles par péritonite purulente diffuse; les deux autres guérirent grâce à un traitement mixte énergique, iodure et frictions, et à un traitement local approprié, lavage et cautérisations.

P. MERMET.

De l'emploi de la tuberculine comme agent révélateur de la syphilis, par STRAUS et TESSIER (3e *Cong. tuberc.*, *et Mercredi méd.*, 9 *août* 1893).

Straus et Tessier ont pratiqué des injections de tuberculine à quatre malades, atteints de syphilis secondaire et entièrement apyrétiques. Il s'est produit une réaction absolument analogue à celle que l'on note chez les lépreux et chez les tuberculeux; d'après ces résultats, il semblerait donc que la tuberculine pourrait servir à reconnaître la nature syphilitique de certaines affections.

Trasbot rappelle qu'elle agit de même à l'égard du cancer ainsi qu'il l'a constaté sur des vaches non tuberculeuses mais cancéreuses. OZENNE.

Beobachtung über und Versuche mit einer neuen Behandlung der Syphilis, par S. BONADUCE (*Monatsh. f. prakt. Derm., XVII*, n° 3.)

L'auteur a essayé d'enrayer l'évolution d'une syphilis au début en pratiquant des injections avec le sérum du sang de nouveau-nés syphilitiques. Il a maintenu pendant dix minutes, à une température de 100 degrés, le sérum du sang qu'il avait pris à l'aide de saignées à trois nouveau-nés syphilitiques et mélangé avec une quantité triple d'eau distillée; les injections ont été pratiquées avec ce liquide à un sujet atteint de chancres indurés avec poly-adénites inguinales; elles étaient de 10 centimètres cubes et renouvelées tous les deux jours; pendant ce traitement, l'ulcère s'est cicatrisé rapidement et les adénopathies ont disparu;

huit mois après, aucune manifestation syphilitique nouvelle ne s'était produite. On pourrait employer dans le même but et suivant la même méthode le sang de sujets atteints d'accidents secondaires en évolution (?).

H. HALLOPEAU.

Sur le tannate de mercure, par GAY (*Nouv. Montpellier méd.*, *p*, 565, 22 *juillet* 1893).

L'auteur a cherché à obtenir une préparation de tannate de mercure de composition plus fixe que celle du commerce. Celle qu'il propose renferme 23,8 0/0 de mercure et s'obtient de la façon suivante : Mêlez par trituration dans un mortier, tannin à l'éther pulvérisé 76gr,20, oxyde mercurique jaune porphyrisé 25gr,70 ; ajoutez 50 centimètres cubes d'eau distillée pour obtenir une pâte fluide ; abandonnez le mélange dans le mortier pendant deux jours, pulvérisez la masse, desséchez-la soigneusement. Cette préparation donne de très bons résultats dans le traitement de la syphilis et le meilleur mode d'administration consiste dans l'emploi de pilules de 0,05 centigrammes de tannate avec 0,10 centigrammes d'extrait de quinquina.

P. MERMET.

Traitement de la syphilis cérébrale par les injections d'huile grise, par SACAZE et MAGNOL (*Ann. de derm. et de syph.*, *p.* 943, *août-septembre* 1893).

Les injections d'huile grise paraissent avoir une utilité très grande dans la thérapeutique de la syphilis cérébrale. Essayée chez les animaux par Jullien et Luton, l'huile grise ne fut appliquée pour la première fois chez l'homme qu'en 1888 par Lang. Introduite en France par Raugé, préconisée par Balzer et Reblaub, Briend, Hirtz, Brousse qui lui reconnaissent des avantages considérables, rejetée par Hallopeau, Fournier, en tant que médication usuelle courante, l'huile grise constitue une ressource suprême dans les syphilis graves et un élément de diagnostic infaillible dans les cas douteux. Trois observations de syphilis cérébrale viennent encore à l'appui de cette opinion. Dans ces trois observations, on put surtout juger de l'action rapide de l'huile grise, puisque dans tous les cas, une amélioration frappante suivit de près l'injection. Les inconvénients furent nuls et les auteurs concluent qu'en tant qu'élément thérapeutique et de diagnostic, les injections d'huile grise sont la méthode de choix dans la syphilis cérébrale.

P. MERMET.

Traitement de la syphilis par le gallate de mercure, par SÉLIGNAC (*Thèse de Montpellier*, 1893).

Le gallate de mercure a été expérimenté par Brousse et Gay à l'hôpital de Montpellier. Ce nouveau sel est un antisyphilitique puissant qui présente le grand avantage de ne pas causer d'accidents mercuriels ; il est indiqué particulièrement lorsqu'il y a de la dyspepsie, des troubles digestifs qui rendent habituellement difficile la tolérance du mercure. Brousse prescrit chaque jour deux à quatre pilules de gallate de mercure de cinq centigrammes. Le médicament passe dans les urines dès le premier jour. Préparé par Gay, le gallate de mercure contient 37,17 0/0 de son poids de mercure ; c'est un produit toujours identique à lui-même et qui échappe ainsi au reproche qui a été fait justement au

tannate de mercure. L'auteur indique le mode de préparation du gallate d'après les recherches de Gay qui est également parvenu à obtenir un tannate de mercure toujours identique. F. BALZER.

Bactériologie clinique du chancre simple et des blennorragies compliquées, par AUDRY (*Gaz. heb. Paris*, n° 9, p. 101, 1893).

1° Dans le pus du chancre simple, on rencontre un microbe se présentant le plus souvent sous la forme d'un bacille renflé en massue à ses deux extrémités, qui sont séparées par un espace clair; plus rarement on trouve le bacille en chaînette (strepto-bacille d'Unna) qui, moins renflé aux extrémités et moins clair au centre, paraît être une autre forme du même microorganisme. Ce bacille est tantôt isolé, tantôt en groupes de sept ou huit individus au plus. Il siège tantôt hors des globules du pus, tantôt dans leur intérieur. Ce microbe n'a pu être cultivé.

Sauf exception, l'examen des sécrétions de l'ulcère primitif est sans valeur, à cause du grand nombre et de l'extrême diversité des microorganismes qu'on y rencontre. Toutes les fois que l'inoculation a donné la pustule caractéristique, le bacille incriminé a été retrouvé dans l'exsudat de cette pustule. De quatre bubons chancreux examinés, trois ont été trouvés dépourvus du bacille et le pus n'a pas été inoculable; une fois le bacille y a été rencontré et le pus a été le point de départ d'une série d'inoculations positives.

2° Les métastases gonococciennes vraies sont très rares et les complications de la blennorragie (arthrite, synovites, etc.) sont généralement dues à des infections surajoutées. Chaque fois qu'on a examiné le pus urétral d'individus atteints d'une blennorragie à gonocoques accompagnée de complications quelconques, il s'y trouvait à coté du gonocoque des microorganismes différents par leur aspect et leur disposition topographique.

Dans la majorité des cas, quand on trouve à côté du gonocoque des microbes différents, et cela dans le pus de l'urètre, on a beaucoup de chances d'avoir affaire à un malade qui a, qui a eu ou qui aura des complications. LEFLAIVE.

Ueber die Cultur der Gonokokken, par STEINSCHNEIDER (*Berlin. klin. Woch.*, 17 *et* 24 *juillet* 1893).

1° Le procédé de Wertheim (*R. S. M.*, XXXIX, 630) pour cultiver sur plaques les gonocoques à l'aide de sérum de sang humain mêlé d'agar peptonisée avec de l'infusion de viande, réussit parfaitement bien.

2° L'adjonction à ce sérum d'urine de l'homme stérilisée favorise encore le développement de ces cultures.

3° Avec les cultures pures de gonocoques obtenues par le procédé Wertheim, on peut provoquer des urétrites blennorragiques qui ne se distinguent en rien des gonorrhées naturelles.

4° Les sécrétions des urétrites chroniques consécutives à une blennorragie aiguë fournissent des cultures de gonocoques qui ne se différencient en rien des cultures provenant des sécrétions des blennorragies fraîches.

5° Quand on introduit une culture pure de gonocoques, soit dans la

chambre antérieure de l'œil d'un lapin, soit dans la cavité abdominale de cobayes ou de souris blanches, elle ne détermine aucune irritation inflammatoire et ne tarde pas à disparaître. Quand, en revanche, on introduit, soit dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin, soit dans la cavité abdominale d'une souris blanche, le mélange de sérum et d'agar solide, chargé de gonocoques, on détermine une inflammation exsudative qui semble essentiellement due aux gonocoques.

6° Pour affirmer qu'on a bien sous les yeux une culture pure de gonocoques, il faut qu'elle remplisse les conditions suivantes, dont aucune ne doit manquer : *a*) Les cultures transportées d'une plaque sur le mélange de sérum et d'agar, ou crues directement sur ce dernier, doivent être composées de colonies claires, transparentes, analogues à des gouttes de rosée et ne se confondant jamais entièrement les unes avec les autres ; *b*) elles ne doivent pas se développer sur de l'agar simple ; *c*) les préparations de cultures fraîches doivent comprendre, comme élément prédominant, des diplocoques, semblables aux gonocoques sous le rapport de la forme et de la coloration de Gram, mais pouvant s'en éloigner par leurs dimensions.

7° Dans toute affection imputable à des gonocoques, on doit pouvoir déceler ces microbes. (*R. S. M.* XLI, 628). J. B.

Gonocoques et pseudo-gonocoques, par HOGGE (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., avril* 1893).

Le diagnostic bactériologique est facile pour les blennorragies aiguës, parce qu'on trouve dans la sécrétion urétrale de nombreux gonocoques avec tous leurs caractères ; il est beaucoup plus difficile pour les urétrites chroniques ou subaiguës, parce que de nombreux microbes peuvent donner le change et que rarement les caractères du gonocoque (siège, groupement, coloration, nombre, etc...) se trouvent tous réunis.

Aussi, convient-il, d'après Hogge, pour établir le diagnostic de recourir :

1° A la méthode de Gram précisée qui permet déjà d'exclure une grande partie des causes d'erreur ;

2° Aux réactions thérapeutiques de l'urètre (grands lavages au sublimé, au nitrate d'argent) qui débarrassent rapidement le gonocoque de ses commensaux et guérissent bientôt l'urétrite, si elle est simplement bactérienne.

3° Aux cultures, qui ont une grande valeur si l'on parvient à isoler et à cultiver le gonocoque sur des milieux spéciaux, tandis qu'on n'obtient rien des ensemencements sur gélatine, gélose, bouillon. Si, sur ces derniers milieux, on obtient une culture de diplocoques, on est en droit d'écarter l'infection blennorragique, surtout quand la sécrétion pathologique qui a servi à l'ensemencement contient des diplocoques seuls ou prédominants. D'ailleurs, l'appellation de pseudo-gonocoques est toute relative : il y a beaucoup de pseudo-gonocoques par la forme, moins par le groupement intra-cellulaire, moins encore par les réactions colorantes ; il n'y en a pas au point de vue des cultures. R. JAMIN.

Ueber Gonorrhoe bei kleinen Maedchen, par CASSEL (*Berlin. klin. Woch., n° 29, p.* 700, 17 *juillet* 1893).

Sur 30 fillettes âgées de 7 mois à 11 ans, atteintes d'écoulements purulents des organes génitaux, 24 offraient des gonocoques. Cassel s'est borné à reconnaître le microbe de Neisser à l'aide de ses caractères microscopiques et de ses réactions tinctoriales. Toutes les 30 petites malades avaient un hymen intact. Deux seulement des enfants atteintes de blennorragies ont eu des complications, une double conjonctivite à gonocoques.

Comme traitement local, à côté de soins minutieux de propreté qui, assez souvent, suffisent à eux seuls pour amener la guérison, Cassel recourt, dans la majorité des cas, à des injections vaginales, d'abord d'eau chaude pour nettoyer, puis de sublimé au deux millième répétées 3 fois par jour, sans avoir jamais noté de phénomènes d'intoxication. Au bout de 2 ou 3 semaines, quand l'écoulement de pus a beaucoup diminué, il y substitue, 2 ou 3 fois par semaine, des injections à 1 ou 1,5 pour 0/0 de nitrate d'argent ; 2 fois seulement, la première injection de nitrate a provoqué des douleurs dans les ligaments larges durant quelques heures. Il ne cesse ces injections que lorsque la suppuration a entièrement disparu et qu'on ne trouve plus de gonocoques. Quant à l'urétrite elle-même, il a renoncé à la traiter, d'autant plus qu'il a remarqué que la suppuration de l'urètre s'arrête toujours avant celle du vagin.

Chez les 6 malades non atteintes de blennorragie, l'écoulement différait, dès le premier aspect, de celui des 24 autres. Tandis que chez celles-ci, il s'agissait d'un pus épais, jaune verdâtre, profus, chez les autres, le pus était peu abondant, séreux ou visqueux, jaune gris, très riche en épithélium pavimenteux et en microorganismes variés autres que les gonocoques qui faisaient défaut (*R. S. M.* XXI, 238 ; XXXIV, 181 et XLII, 239). J. B.

Weitere Beiträge zur Lehre von der gonorrhoischen Erkrankung der Talgdruesen am Penis....., par K. TOUTON (*Berlin. klin. Wochens., n°* 51, *p.* 1303, 19 *décembre* 1892).

Dans un premier travail (*Archiv für Dermat. und Syph.*, XXI, 1889) sur la blennorragie des petits conduits para-urétraux et préputiaux, Touton était arrivé aux conclusions suivantes : 1° Contrairement à l'opinion de Bumm, que les gonocoques ne peuvent vivre que dans les épithéliums cylindriques, la preuve est maintenant faite qu'ils pénètrent très bien les épithéliums pavimenteux stratifiés et qu'ils peuvent s'y multiplier. 2° La condition essentielle pour la pénétration des gonocoques dans un tissu ne tient pas à la forme des cellules épithéliales mais à d'autres conditions physiques (larges interstices à contenu peu dense, mollesse des cellules épithéliales) et peut-être aussi chimiques ; celles-ci encore inconnues. 3° L'opinion d'Oedmansson que les conduits préputiaux atteints de blennorragie ne représentent que des vaisseaux lymphatiques clos et dilatés qui se sont frayé une issue à travers la peau ou la muqueuse, n'est pas exacte, il s'agit vraisemblablement de glandes de Tyson. 4° L'affection blennorragique des cryptes para-urétraux et préputiaux peut persister après guérison de la gonorrhée de l'urètre et donner

lieu soit à une infection chez la femme, soit à une autoinfection de l'urètre chez le malade. 5° Conséquemment, il y a lieu de vouer un soin particulier au traitement de cette affection en apparence insignifiante. Dès qu'on a constaté la présence de gonocoques, le traitement le plus sûr et le plus prompt est l'excision des glandes malades. Si elle n'est pas possible, à cause du siège sur le gland, au voisinage surtout du méat, il y a lieu de recourir aux cautérisations avec la pierre infernale, la solution de nitrate d'argent, la teinture d'iode ou le galvanocautère. Il existait jusqu'ici 4 observations de blennorragie des glandes sébacées de la verge : la 1re due à Touton, les 3 autres à Pick (Comptes rendus du Congrès de dermatologie de Prague, 1889), à Jadassohn (*R. S. M.*, XXXVII, 589) et à Fabry (*R. S. M.*, XXXVIII, 230). Touton en relate un 5e exemple accompagné d'examen microscopique.

Touton relate aussi un cas de folliculite chronique du frein, entretenue par divers microbes autres que le gonocoque. C'est Campana qui, en 1884 (*Giornale delle malattie venerie et della pelle*) a démontré le premier l'existence chez l'homme d'une blennorragie des glandes sébacées de la verge. J. B.

Microorganismes dans l'adénite hyperplastique et septique, par MAZZA et ZANDA (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXVIII*, 3).

Les auteurs décrivent un nouveau microbe qu'ils ont trouvé dans les adénites chroniques qui accompagnent la blennorragie ou les processus septiques de la portion bulbo-membraneuse de l'urètre. C'est un diplobacille ayant à peu près la grandeur du diplocoque de la pneumonie et entouré d'une capsule qu'il est très difficile de colorer.

F. BALZER.

Pelvi-péritonite blennorragique chez l'homme consécutive à une orchi-épididymite, par MERMET (*Gaz. méd. Paris*, 5 *août* 1893).

Homme de 33 ans, sans antécédent pathologique vénérien. Au sixième jour d'une orchi-épididymite blennorragique, premiers symptômes d'une péritonite d'abord localisée à la fosse iliaque droite, puis s'étendant à la cavité pelvienne. En même temps que les accidents ordinaires de la pelvi-péritonite aiguë, on note de l'albumine dans l'urine par intoxication.

L'auteur estime, d'après l'état inflammatoire très prononcé du canal déférent, que ce malade a présenté une déférentite blennorragique, accompagnée de péridéférentite et de pelvipéritonite plastique. OZENNE.

De la blennorragie utérine et de son traitement par le permanganate de potasse, par TIXERON (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, *janvier* 1893).

Chez quatre femmes atteintes de métrites blennorragiques, Tixeron a fait avec succès des lavages intra-utérins avec une solution de permanganate de potasse à 1/1000 et à 1/500. Deux de ces malades, qui n'avaient pas de lésions annexielles, ont guéri rapidement : les gonocoques ont disparu au 3e ou 4e lavage et n'ont jamais reparu. Chez deux autres, ayant eu des infections salpingiennes et péritonéales, les gonocoques, disparus momentanément, ont reparu plusieurs fois après les règles, venant probablement des trompes ou bien recultivant dans l'utérus (où

ils seraient restés latents) grâce au milieu favorable créé par la période menstruelle.

R. JAMIN.

I. — Contribution à l'étude clinique et au traitement de la chaudepisse, par DIND (*Revue méd. Suisse romande*, *XII*, 757).

II. — Note sur deux cas de blennorragies aiguës guéries par le permanganate de potasse, par SOREL (*Normandie méd.*, 1er *septembre* 1893).

III. — Behandlung des akuten Trippers, par FUNK (*Monatsh. f. prak. Dermatol.*, *XVII*, *n°* 1).

I. — Contrairement à Guyon, Dind admet que l'urétrite postérieure accompagne régulièrement (76 fois sur 82 malades) l'urétrite antérieure et ne doit pas être envisagée comme une complication de la chaudepisse.

Le salol (*R. S. M.*, XXXVII, 103 et 590) ne lui a donné de bons résultats qu'une fois sur 31 ; le permanganate de potasse (*R. S*, *M.*, XVII, 214 ; XX, 662 ; XL, 608), employé en injections chaudes, au 1/5000, 1 fois sur 10.

J. B.

II. — Sorel relate deux faits de blennorragie aiguë, qu'il a guéris rapidement par les lavages au permanganate de potasse. Chez l'un de ces malades, le traitement a été commencé le jour même où est apparue la première goutte urétrale, par deux lavages avec la solution à 1 pour 2000. Dès le lendemain, l'écoulement est devenu séreux ; le pus et les gonocoques ont disparu ; nouveaux lavages au millième, puis au centième. Ces derniers lavages sont continués pendant une huitaine de jours, malgré l'absence de pus.

Le même traitement a été appliqué sur le deuxième malade, dont l'écoulement abondant datait déjà de 48 heures. Comme dans le cas précédent, la guérison fut complète en 15 jours.

OZENNE.

III. — Funk conseille comme traitement abortif, les deux premiers jours, et aussi le troisième et le quatrième jour, dans les cas légers, le badigeonnage de la partie antérieure du canal, dans une étendue d'environ 8 centimètres avec un pinceau d'Ultzmann imprégné de glycérine et d'une solution de nitrate d'argent à 3 ou 4 0/0.

H. H.

Du bleu de méthylène comme traitement dans différentes maladies infectieuses et particulièrement dans la vaginite purulente d'origine blennorragique, par G. Richard D'AULNAY (*Bull. gén. de thérap.*, 15 *mai* 1893).

D'une revue générale sur l'emploi de cet agent accompagnée d'observations personnelles, Richard d'Aulnay conclut que si le bleu de méthylène, dans la fièvre paludéenne et la blennorragie, peut agir à distance et par des moyens indirects sur les bactéries occupant différents milieux, il doit être logique de penser que le résultat thérapeutique sera d'autant plus probant que l'on fera agir directement l'agent bactéricide. C'est ce qui semble résulter des différentes applications pratiquées dans certaines lésions de la bouche, dans les trajets fistuleux, dans l'urètre chez la femme, et particulièrement dans la vaginite. Dans la vaginite blennorragique, où le mode d'exécution de cette méthode est si facile, les résultats ont toujours été excellents. En trois ou quatre jours ont été obtenues des guérisons au moyen de ce bain colorant permanent. De plus, les douleurs causées par la vaginite ont considérablement diminué

dès le début de l'application pour complètement disparaître vers le quatrième ou le cinquième jour. R. FAURE-MILLER.

Della cura della epididimite blennorragica colle iniezioni parenchimale nell'organo di soluzioni antisettiche, par G. UGHETTO (*Il Morgagni*, *p.* 653, *novembre* 1892).

Ughetto relate les observations de 10 malades atteints d'épididymite blennorragique traités à la clinique de Campana par les injections intraparenchymateuses de teinture d'iode (mélangée à parties égales avec la glycérine), de sublimé au millième ou d'acide phénique à 2,5 0/0. Ces injections ne sont pas très douloureuses, ne provoquent pas d'accidents; elles abrègent la durée de la maladie, qui a été réduite en moyenne à dix-sept jours. Les injections de teinture d'iode conviennent aux cas anciens et à résolution difficile; les injections de sublimé paraissent préférables à celles d'acide phénique, bien que celles-ci soient assez actives.

GEORGES THIBIERGE.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

I. — Manuel d'asepsie, par C. SCHIMMELBUSCH, traduction de DEBERSAQUES (*In-8° Paris*, 1893).

II. — La pratique de l'asepsie et de l'antisepsie en chirurgie, par Ed. SCHWARTZ (*In-8° Paris*, 1894).

III. — Des pansements et de l'antisepsie dans la chirurgie lyonnaise, par J. THÉVENET (*Thèse de Lyon*, 1893).

I. — L'asepsie doit être la règle dans toute intervention chirurgicale; c'est à défendre ces principes qu'est consacré le petit manuel de Schimmelbusch. Etudiant les conditions diverses d'infection des plaies, il montre qu'on peut sûrement se mettre à l'abri de ces dangers en pratiquant la désinfection minutieuse de l'opéré, du foyer opératoire, des instruments, etc. Dans une série de chapitres, il passe en revue avec un grand luxe de détails, la stérilisation des instruments, du matériel de suture et de ligature, le drainage aseptique des plaies, le tamponnement, les injections, et termine par l'examen du meilleur pansement aseptique improvisé et du traitement des plaies par accidents.

II. — Plus éclectique et avec raison, Schwartz fait une juste part à l'antisepsie. Si l'asepsie et les moyens propres à la réaliser constituent l'idéal du chirurgien, il n'en est pas moins vrai que l'antisepsie est utile et nécessaire pour une grande catégorie de lésions et pour certaines désinfections. Dans maintes circonstances, l'opérateur ne pourra réaliser l'asepsie dans les conditions rigoureuses voulues; force lui sera donc de recourir à la protection et à la sûreté que donne l'antisepsie.

Les deux méritent donc d'être combinées, en se souvenant que la propreté, dans son expression la plus stricte, est la base de toute intervention.

Après avoir rappelé d'une façon sommaire la nature et les accidents des infections chirurgicales, Schwartz étudie les divers antiseptiques connus, voire les plus modernes et les moins répandus. Un chapitre détaillé est consacré à l'examen des procédés de stérilisation des pansements et du matériel chirurgical, sans oublier la désinfection des mains des opérateurs et du corps de l'opéré.

Après ces notions générales, vient l'application des méthodes suivant telle ou telle région, telle ou telle opération. Ce chapitre comprend la chirurgie générale, la chirurgie des régions, des voies urinaires, de l'abdomen, de l'utérus, etc. Il se termine par des considérations très intéressantes sur les opérations portant sur des tissus suppurants ou ulcérés.

La troisième partie es consacrée à l'examen des pansements, aseptique sec, antiseptique sec, humide.

La quatrième partie es td'un intérêt pratique considérable. Schwartz se place, en effet, dans les conditions fort diverses où peut se trouver un chirurgien : hôpitaux, opérations en ville, à la campagne, et il discute avec beaucoup de jugement le meilleur parti à prendre suivant ces variétés de milieu. On lira avec plaisir les modifications très heureuses qu'il a apportées dans son service de Cochin. Le chapitre dernier vise la chirurgie de guerre et les moyens de suppléer aux *impedimenta* qui se rencontrent à ce moment en dépit de toutes les prévisions. Au résumé, excellent livre de pratique dans lequel le chirurgien trouvera tous les éléments de la conduite technique la plus rationnelle et la plus sage.

III. — La thèse de Thévenet est un chapitre d'histoire de la médecine où l'auteur fait preuve d'une profonde érudition. C'est le relevé méthodique de la pratique hospitalière lyonnaise, au point de vue des pansements. T. la divise en cinq périodes : hippocratique, moyen âge (1290 à 1350), renaissance (1350 à 1747), moderne (1747 à 1875) et contemporaine, datant de l'avènement de l'antisepsie. On trouvera dans ce travail la liste de tous les chirurgiens qui ont illustré l'école lyonnaise depuis les temps les plus reculés. A. CARTAZ.

De l'emploi des essences et surtout de l'essence de cannelle ou cinnamol comme topiques en chirurgie, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (*Journ. de méd. et chir. prat.* 10 *juin* 1893).

Chamberland et, plus tard, Cadéac et Meunier ont montré que les essences avaient des propriétés antiseptiques très marquées. L'essence de cannelle est à ce titre une des plus remarquables. Championnière a cherché à utiliser ce corps dans la pratique chirurgicale en le mélangeant à un excipient antiseptique lui-même, le rétinol (extrait de la colophane). Pour avoir l'essence pure, il faut la distiller et la conserver à l'abri de l'air et de la lumière. André, qui a eu l'idée de cette préparation, lui donne le nom de cinnamol. On peut composer ainsi avec le rétinol, le cinnamol et un peu de cire stérilisée, une pommade parfaite ; on peut même y ajouter du naphtol-β. Avec ce topique, les plaies restent bien

aseptiques, ne subissent aucune irritation. C. poursuit ses essais avec d'autres essences, origan, thym, verveine et obtient de bons résultats.

A. C.

Ueber die Wieeranheilung vollständig..... (De la réapplication de lambeaux cutanés complétement séparés du corps), par M. HIRSCHBERG (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLVI*, 1).

Hirschberg rapporte qu'il a transplanté 4 fois avec plein succès de larges lambeaux de peau, comprenant toute l'épaisseur du tissu cellulo-adipeux. La condition de la réussite résiderait d'après lui dans une bonne vascularisation du lambeau et dans la production dans ce dernier d'une hyperémie artificielle. Cette dernière s'obtient en ischémiant la région, à laquelle on emprunte le lambeau, au moyen de la bande d'Esmarch, en disséquant ensuite le lambeau qu'on ne laisse adhérer que par un pédicule, et en enlevant le lien immédiatement avant la section de ce pédicule. REBLAUB.

Ueber die Transplantation grosser ungestielter Hautlappen (De la transplantation de grands lambeaux cutanés non pédiculés), par Fedor KRAUSE (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLVI*, 1).

Pour éviter les inconvénients résultant des attitudes pénibles qu'on est obligé d'imposer aux malades quand on emploie les autoplasties par la méthode indienne, Krause a essayé avec plein succès, les transplantations de vastes lambeaux comprenant toute l'épaisseur de la peau. Sur 100 lambeaux, ainsi transplantés et empruntés aux différentes régions du corps, dont quelques-uns mesuraient de 20 à 25 centimètres de longueur sur 6 à 8 centimètres de largeur, il n'a constaté que 4 fois un sphacèle étendu. La condition importante pour la réussite est d'opérer aseptiquement et à sec, après désinfection minutieuse des champs opératoires. L'auteur ne pratique de sutures que si la disposition anatomique de la région ne permet pas le maintien du lambeau par l'application douce et légèrement compressive du pansement. Pendant les premiers jours, le lambeau a une teinte pâle et livide, puis il devient rosé, et les couches épidermiques superficielles tombent. La guérison, c'est-à-dire l'adhérence complète du lambeau, demande de trois à six semaines.

REBLAUB.

Le bromure d'éthyle comme anesthésique général, par HARTMANN et BOURBON (*Revue de chir.*, *n*° 9, *p*. 701, 1892).

D'après 200 observations dont 176 personnelles, H. et B. conseillent la technique suivante: verser sur la compresse pliée 10 à 15 grammes de bromure d'éthyle et faire faire au malade une inhalation à distance pour l'habituer à l'odeur; puis appliquer hermétiquement sur le nez et la bouche, la compresse disposée un peu en cornet. L'agitation, lorsqu'elle existe, ne dure que quelques secondes. Dès la deuxième respiration, le malade est calmé. Au bout de 30 à 50 secondes, soit après une dizaine d'inspirations, la narcose est complète, la respiration régulière et calme, la face un peu colorée, parfois vultueuse, la pupille le plus souvent dilatée. Cessant immédiatement et complètement l'inhalation du bromure d'éthyle,

on laisse alors le malade respirer à l'air libre et on commence à opérer, moins d'une minute par conséquent après le début des inhalations.

Il ne faut donner le bromure d'éthyle que pendant un temps très court, c'est là un fait sur lequel insistent H. et B., car de la contracture des membres et du tronc succède à une inhalation plus longtemps prolongée. Le malade se réveille au bout de 2 à 3 minutes sans aucun malaise. Si l'opération doit durer plus de 3 minutes, il est bon de donner une nouvelle dose de bromure au moment où le malade commence à se réveiller. On peut ainsi donner jusqu'à 3 doses successives pour des opérations d'une durée de 10 à 15 minutes. Mais, en somme, lorsque l'opération dépasse 4 à 5 minutes, le procédé tout en restant bon, n'est plus aussi parfait ; si elle doit durer 8 à 10 minutes, il faut lui préférer l'anesthésie successive par le bromure d'éthyle, puis par le chloroforme.

L'étude de ces anesthésies successives est le point capital de ce travail. Les auteurs en citent 271 observations personnelles et 140 fournies par Malherbe.

Au début, les auteurs avaient recours à un mode d'administration identique à celui du protoxyde d'azote dans la méthode de Clover. Plus tard, ils ont modifié cette technique en prenant le chloroforme au bout de 30 à 50 secondes d'inhalation de bromure d'éthyle.

Sur les 411 observations citées, il y a eu une mort par syncope chloroformique. Il est donc exagéré de croire que l'administration préalable du bromure d'éthyle met à l'abri des accidents du chloroforme, que les effets anesthésiques s'ajoutent, tandis que les effets toxiques se combattent, comme l'a dit Poitou-Duplessis.

Le réel avantage des anesthésies successives paraît être la rapidité de l'anesthésie qui est obtenue en 3 à 6 minutes, quelquefois, mais rarement en 9 et 10 minutes.

Quant aux dangers attribués au bromure d'éthyle lui-même, ils n'existeraient pas lorsque son absorption est de courte durée. Tous les accidents observés tiennent en effet, soit à ce qu'on a prolongé l'administration du bromure d'éthyle, soit à ce qu'on a employé du bromure d'éthyle impur ou du bromure de méthylène ; aussi H. et B. insistent-ils à plusieurs reprises sur ce fait que cet anesthésique très commode n'est innocent qu'à la condition d'être employé suivant la méthode plus haut résumée.

C. WALTHER.

De l'anesthésie par l'éther et de ses résultats dans la pratique des chirurgiens lyonnais, par VALLAS (*Revue de chir., n° 4, p.* 289, 1893).

Vallas décrit la technique suivie par les chirurgiens lyonnais pour l'administration de l'éther. La quantité d'éther nécessaire pour une opération de durée moyenne varie entre 100 et 200 grammes ; la dose de 300 grammes est rarement dépassée. L'anesthésie est obtenue plus lentement qu'avec le chloroforme (13 minutes en moyenne au lieu de 10).

Les vomissements sont fréquents, l'exagération des sécrétions buccale pharyngienne et trachéale presque constante. L'embrasement des vapeurs d'éther peut être évité par l'aération de la salle d'opération et par l'emploi d'un écran placé au-devant du cou de l'opéré lorsqu'on doit se servir du cautère, par exemple.

L'éther semble, d'après les travaux des physiologistes et d'après l'expérience clinique, moins difficile à manier que le chloroforme. Paul Bert a fixé la zone maniable du chloroforme entre 9 et 19 grammes pour 100 volumes d'air, celle de l'éther entre 37 et 71 grammes. De plus, les accidents produits par l'éther atteignent la respiration et non le cœur et, par suite, sont moins graves, moins rapides.

Les statistiques semblent aussi conclure au moins grand danger de l'éther. Toutes celles rassemblées par Vallas montrent la plus grande mortalité par la chloroformisation. Il y ajoute ce fait que depuis 1867 on a observé à Lyon 4 morts par le chloroforme, et 4 morts par l'éther, le nombre des éthérisations étant toujours beaucoup plus considérable que celui des chloroformisations.

Aussi, Vallas conclut-il que : 1° l'éther est aussi efficace, aussi sûr dans son action que le chloroforme ; 2° l'éther est moins meurtrier que le chloroforme. C. WALTHER.

Clinical remarks on intravascular coagulation and pulmonary thombosis, par J. FAYRER (*Brit. med. journ.*, *p.* 165, *juillet* 1893).

Fayrer insiste sur la fréquence aux Indes des coagulations sanguines spontanées et particulièrement de la thrombose pulmonaire comme complication inopinée des opérations chirurgicales. Il attribue cette fâcheuse condition à la malaria qui existe toujours plus ou moins et qui amène en même temps qu'une splénomégalie chronique, une disposition à la leucocytose. Cette leucocytose est la cause déterminante des thromboses.

A l'appui de cette assertion, l'auteur rapporte 16 cas de mort par thrombose pulmonaire survenus, les uns à la suite d'opérations sur des éléphantiasiques, d'amputations, de plaies de tête, et les autres spontanées chez des cachectiques. H.-R.

Contribution à la chirurgie du cerveau. Diagnostic, localisation et ablation de trois tumeurs du cerveau, par Charles MAC BURNEY et ALLEN STARR (*The Amer. j. of the med. sc.*, *p.* 361, *avril* 1893).

1° Il s'agit d'un sarcome du lobe frontal gauche, diagnostiqué dans sa situation d'après les troubles moteurs et intellectuels, et qui fut enlevé. La tumeur siégeait exactement à la partie postérieure de la deuxième circonvolution frontale et en avant de sa jonction avec la frontale ascendante. L'hémorragie fut abondante et exigea un grand nombre de pinces et de ligatures. La dure-mère était adhérente et fut réséquée. La tumeur put être énucléée de sa capsule. Le malade succomba huit heures après l'opération.

2° Fibro-sarcome du cervelet et du pont de Varole déterminant comme symptôme une sorte de vertige du côté de la tumeur, avec céphalalgie violente, tintement d'oreille. L'aspect du malade était lamentable; les yeux saillants, strabiques, les pupilles dilatées, avec nystagmus, il avait l'air d'un idiot. Il n'y avait aucun trouble de la sensibilité, du mouvement ou des réflexes. Il n'y avait non plus d'ataxie. On fit le diagnostic de tumeur du côté gauche du cervelet. Incision sur la moitié gauche de l'occiput, la partie supérieure du lambeau correspondant à la ligne courbe supérieure, la base répondant à la nuque. La trépanation fut faite à la gouge et au maillet. La dure-mère n'était pas malade. On remarquait une augmentation de pression dans la boîte cranienne. On ne trouva à l'exploration aucune tumeur. On refit les sutures. Le sixième jour, la réunion par première intention était com-

plète. La nuit suivante, le malade tomba de son lit et on trouva un gros épanchement sanguin sous le lambeau. La fièvre s'allume et mort dans le coma trois jours plus tard. A l'autopsie, on trouva un glio-sarcome encapsulé dans la substance cérébelleuse, dans une situation telle qu'il était impossible de le découvrir par l'intervention.

3° Gliome du cervelet avec vertige caractéristique chez une petite fille de 7 ans.

Il existait une céphalalgie violente, des vomissements et de la névrite optique. La marche devenait impossible par suite du vertige. Le diagnostic de tumeur du cervelet parut évident. Incision sur la partie droite de l'occiput au niveau de la ligne courbe supérieure; on supposait que la tumeur siégeait vers le lobe vermiforme du cervelet. La trépanation fut faite au marteau et au ciseau. L'exploration du cervelet ne révèle pas trace de tumeur. La dure-mère paraît saine. On introduit une aiguille à acupuncture à plusieurs reprises et on tombe sur une cavité kystique qui donne quelques gouttes de liquide. Mais une nouvelle ponction ne retrouve pas la poche kystique. On ne juge pas prudent de prolonger l'intervention et l'on refait les sutures. La malade est sous l'influence d'un choc profond. Six jours après l'intervention, vomissements, pouls rapide et mort dans une attaque convulsive. L'autopsie révéla un gros glio-sarcome qui occupait tout le lobe vermiforme du cervelet et s'étendait dans les deux hémisphères, surtout dans le droit, n'atteignant en aucun point la surface du cervelet.

L'auteur termine son mémoire par ces conclusions que, si l'on réunit les résultats des opérations cérébrales avec ceux des opérations cérébelleuses, on trouve que le nombre total des sujets opérés pour des tumeurs intracraniennes a été de 87 et que 40 ont été heureusement guéris, c'est-à-dire 46 0/0.

A mesure qu'on acquerra de l'expérience dans cette chirurgie, les résultats deviendront de jour en jour meilleurs, et ni les neurologistes, ni les chirurgiens ne doivent se décourager quand ils ont eu à leur opération une issue fatale. F. VERCHÈRE.

A study of a case of focal epilepsy, par W. HALE (*Brit. med. j.*, *p*. 225, 29 *juillet* 1893).

Femme de 41 ans, opérée 2 ans auparavant pour une tumeur du sein. Début, en décembre 1892, d'engourdissement de la main droite: le 3 janvier, accès convulsifs débutant par une sensation de fourmillements du pouce, puis par des mouvements d'abduction de la main, finalement par des secousses du poignet, du coude et de l'épaule. Bientôt, affaiblissement parétique du membre supérieur droit, sans troubles de la sensibilité générale ou spéciale.

Opération le 6 janvier. Mise à nu de la circonvolution pariétale ascendante, dont une partie apparaît teintée en brun. Excision de cette partie jusqu'à la substance blanche ; on constate qu'il s'agit d'un sarcome. Après l'opération, paralysie du côté droit de la face, sauf de l'orbiculaire des paupières. Paralysie de la langue ; hémiplégie droite motrice des membres supérieur et inférieur. Intégrité de la sensibilité. Les jours suivants, retour des mouvements dans les muscles de la face, mais aucune amélioration du côté des membres. Stupeur progressive, vomissements, mort dans le coma le 13 février. — A l'autopsie, on trouva d'autres tumeurs sur la pariétale ascendante gauche, la frontale ascendante droite et la circonvolution angulaire gauche. H. R.

Un cas d'épilepsie guéri par la trépanation, par THIRIAR (*Ann. Soc. belge de chir.*, 15 *mai* 1893).

Ce fait à trait à un jeune homme, qui à la suite d'une chute sur la colonne

vertébrale, fut pris d'accès épileptiformes et de gène de la marche au point de nécessiter l'usage de béquilles. Dans les derniers temps augmentation de fréquence de ces accès; paralysie de la jambe gauche dans l'intervalle, diminution de la sensibilité dans tout le côté gauche du corps et abolition de la vision de l'œil droit. La trépanation est faite dix ans après l'accident, rien d'anormal sur la dure-mère et le cerveau. Dès le lendemain de cette décompression la vision redevint normale, la paralysie et l'anesthésie du côté gauche commencèrent à disparaître et à partir de ce jour les accès épileptiformes ne se renouvelèrent pas. Quatre mois plus tard la guérison s'était maintenue et était telle que le malade avait repris ses occupations de maçon. OZENNE.

Trépanation et épilepsie jacksonnienne, par VERCHÈRE (*Revue de chir.*, n° 3, *p.* 246, 1893).

Malade âgé de 22 ans, atteint de crises d'épilepsie jacksonnienne depuis l'âge de 12 ans, à la suite d'un léger traumatisme crânien. Les crises sont annoncées par un étourdissement et par une sensation douloureuse au niveau du pouce droit, la main se ferme, le bras se met dans l'extension, se tourne en rotation forcée en dedans ; les contractions se généralisent aux muscles du côté droit de la face et du cou. La chute a toujours lieu du côté droit. Douleurs de tête constantes depuis l'âge de 13 ans, sans localisation spéciale; état cérébral enfantin; mémoire complètement perdue; tout travail impossible; pas d'incontinence nocturne d'urine.

Diminution légère de la force musculaire du côté droit; pas d'anesthésie, sauf sur la moitié latérale droite de la langue.

Une très large trépanation permettant la facile exploration de la scissure de Rolando et des circonvolutions qui l'entourent montre l'intégrité absolue des méninges et du cerveau. Guérison très rapide de l'opération. Résultat thérapeutique excellent, disparition complète de la céphalée. Après une légère et passagère paralysie motrice du pouce et de l'index droits survenue au bout de quelques jours, après deux ou trois petites attaques, la guérison semble définitive. L'intelligence s'est développée, la mémoire est revenue.

Verchère a relevé 22 autres faits d'épilepsie jacksonnienne avec convulsions localisées ou généralisées et dans lesquels la trépanation n'a permis de découvrir aucune lésion ni des méninges ni du cerveau. Sur ce total de 23 observations, il y a eu 13 guérisons, 7 améliorations, 3 résultats nuls. C'est donc un nombre satisfaisant de guérisons. Sans excision du centre moteur origine du « signal symptôme », la craniectomie peut être suivie de paralysie localisée et complète. L'excision du centre moteur paraît inutile et peut être nuisible par la production ultérieure de cicatrice, d'adhérences. La craniectomie doit toujours être très large pour permettre une exploration facile et pour assurer la décompression cérébrale. La réimplantation osseuse doit faire craindre la reproduction rapide de la compression. C. WALTHER.

I. — Un cas de kyste du cerveau. Ablation. Guérison, par STIEGLITZ et A. GERSTER (*Americ. j. of the med. sc., p.* 620, *juin* 1893).

II. — Kyste sous-cortical de la partie inférieure de la pariétale ascendante gauche. Opération. Guérison, par Th. DILLER et J. BUCHANAN (*Ibid., p.* 14, *juillet* 1893).

I. — Femme de 25 ans sans antécédents héréditaires ou personnels. Le premier symptôme de son affection apparut en octobre 1871. Elle était assise quand elle sentit le pouce et l'index de la main droite pincés violemment ; les con-

vulsions gagnèrent rapidement l'avant-bras, le bras, puis l'épaule et la face, puis en quelques minutes se généralisèrent avec perte de connaissance et crise épileptique, sept semaines après nouvelle attaque, puis une troisième au bout de 15 jours avec incontinence d'urine. — Le traitement spécifique n'amena aucune amélioration.

En mai. Le champ visuel n'est pas modifié. La parésie est très marquée à droite, le dynamomètre donne 25 à droite et 55 à gauche. — La contracture des fléchisseurs prédomine et donne la main en griffe. — On donne jusqu'à 20 grammes d'iodure par jour. Légère amélioration, mais qui ne fut que momentanée. En juin les convulsions revinrent avec une violence plus grande. On suppose la lésion située dans les circonvolutions gauches au niveau du centre moteur du pouce et de l'index. Ce que du reste démontra l'opération. Celle-ci fut faite le 25 juin. Le crâne ouvert on trouva la dure-mère d'une coloration jaunâtre dans l'étendue d'une pièce de 5 francs. On applique les pôles d'une petite batterie faradique sur la dure-mère non incisée, on détermine des mouvements du pouce et de l'index, et répondant à la portion jaunâtre à l'œil. Incision crucicale de la dure-mère. La surface du cerveau paraît normale. Une ponction verticale donne issue à une goutte de liquide jaunâtre, qui ne fut pas recueillie. En introduisant le petit doigt on trouve une cavité kystique à parois lisses. On enlève la portion grise cérébrale correspondant au centre moteur, de façon à éviter les troubles qui pourraient résulter de la sclérose cérébrale ultérieure. Les jours suivants l'état général resta très satisfaisant.

Le lendemain de l'opération le pouce et l'index droits étaient inertes. Le membre pouvait se remuer mais très faiblement. Le surlendemain 27 juin le pouce et l'index ont quelques mouvements. 15 jours plus tard tous les doigts ont retrouvé leur mobilité mais sans vigueur avec sensation d'engourdissement dans les quatre derniers doigts. Le 21 juillet secousses convulsives et contractures pendant deux ou trois minutes dans la main, le bras et la face à droite. Sept jours après convulsions plus accentuées. Le 7 août on ouvre la plaie cranienne. On trouve des adhérences entre la peau et la dure-mère, donc pas de retour des liquides dans le kyste. Après avoir détaché les adhérences on introduit une petite plaque flexible entre la peau et la dure-mère pour éviter le retour des adhérences et pour servir de protecteur du cerveau. 9 août, nouvelle crise dans les trois derniers doigts. Les mouvements du membre supérieur sont normaux. 16 et 26 septembre, 16, 17 et 27 octobre, nouvelles crises dans les doigts. En novembre on s'aperçoit qu'elle a perdu la notion de la situation de son quatrième et de son cinquième doigt ; elle ne peut dire s'ils sont étendus ou fléchis. Le 10 décembre, crise violente dans le membre supérieur et la face, durant deux ou trois minutes.

Le 22 décembre, elle eut une nouvelle crise généralisée qui fut des plus violentes.

L'indication semble formelle d'enlever la totalité du kyste ou ce qu'il reste de ses parois.

Très probablement le kyste était sous la dépendance d'un gliome sous-jacent.

II.— J. P. 35 ans, mineur, plusieurs fois blessé par la chute de charbon sur la tête, mais jamais gravement.

Il eut d'abord une extinction de voix. Il ne pouvait prononcer certains mots, puis certains mouvements de la moitié droite de la face devinrent impossibles. Le 21 juin 1892, parésie de la main droite, trois semaines après l'apparition du premier symptôme. Bientôt le bras fut aussi paralysé. A la fin de juin survinrent les vomissements, puis les maux de tête de la région frontale gauche. Dans les premiers jours de juillet parésie de la jambe, puis attaque convulsive ayant débuté par la face à droite e la main. L'attaque dura à peu

près six minutes, il ne perdit pas connaissance. Le 25 juillet nouvelle attaque; pendant le mois, trois autres, annoncées par des convulsions des muscles du côté paralysé. Les convulsions de la jambe débutaient par les orteils. La paralysie droite avait progressé malgré de fortes doses d'iodure de potassium.

L'opération est faite par Buchanan. La veille on marque le point que l'on veut trépaner au niveau du pied de la frontale ascendante. L'hémostase est faite avec trois tours de tubes de caoutchouc.

Après avoir fait un large lambeau et enlevé un large fragment osseux, on aperçoit la dure-mère normale, mais sans battements ; on taille un lambeau de la dure-mère que l'on relève. La substance cérébrale paraissait normale, mais ne présentait pas de battements.

Les centres moteurs sont repérés par l'électricité. Deux premières ponctions à l'aiguille sont faites sans résultat. Une troisième donne un liquide clair. Incision suffisante pour admettre l'index et à la profondeur d'un centimètre à peu près on trouve une cavité à parois lisses. Lavage à l'eau distillée et drainage.

Suture de la dure-mère au catgut et du cuir chevelu au fil d'argent. La guérison se fit sans incident.

Le malade remuait mais difficilement son bras après l'opération. Il dut attendre plus d'un mois des mouvements de sa main et de ses doigts. A ce moment le courant faradique parut les ramener. L'amélioration de l'aphonie et de la parésie faciale a été moins marquée. La santé générale est bonne et la céphalalgie, le vertige, les vomissements ont disparu.

Le second jour après l'intervention, se montra un spasme de tout le bras droit et pendant les trois premières semaines il eut 8 ou 10 attaques semblables. Les cinq premières limitées au bras, à l'avant-bras et à la main ; puis se limitant ensuite à l'avant-bras et à la main et enfin au pouce seul.

Le 27 septembre, après la première séance d'électrisation, il eut une attaque généralisée. Il ne perdit pas connaissance comme cela lui arrivait dans ses attaques antérieures.

Depuis cette grande attaque, qui fut la dernière, il n'eut plus que quelques spasmes de peu d'importance (13 février 1893). F. VERCHÈRE.

Craniectomie pour microcéphalie. Kyste séreux de la fosse frontale gauche. Amélioration des fonctions cérébrales, par J. REBOUL (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 370, *juin* 1893).

La craniectomie montre en avant de la suture fronto-pariétale un kyste formant une cavité occupant toute la fosse frontale gauche. La cavité est limitée en avant et en dehors par la face interne du crâne, en dedans par la faux du cerveau, en arrière par une membrane résistante se continuant en dedans avec le septum.

Le liquide s'échappe à flots de cette cavité, qui se remplit rapidement. Le liquide semble venir de la profondeur. La cavité est laissée ouverte.

Le malade n'eut aucune réaction fébrile.

Le développement des fonctions cérébrales déjà ébauché, immédiatement après l'opération, est allé s'accentuant et, huit jours après, était très net. Le nystagmus avait disparu; le regard était devenu intelligent. La parole était facile, mieux articulée. La mastication et la déglutition étaient normales. Les mouvements choréiques et athétosiques des membres supérieurs avaient disparu; les mouvements étaient voulus, ordonnés. La contracture du membre inférieur droit avait presque complètement cessé; mais celle du membre inférieur gauche persistait, quoique limitée.

Malheureusement, l'enfant, affaibli par l'opération, mourut treize jours après l'opération. F. VERCHÈRE.

Contribution à l'étude des tumeurs cérébrales, par Auguste PEYTAVY (*Thèse de Paris*, 1893).

Les signes généraux et les signes de localisation servent à faire le diagnostic des tumeurs cérébrales ; le diagnostic de la localisation des tumeurs est toujours difficile et souvent erroné à cause de l'existence fréquente des faux signes de localisation.

Les résultats de l'intervention chirurgicale sont souvent médiocres à cause de la difficulté de la localisation, des récidives, des accidents qui accompagnent l'ablation de tumeurs étendues, des paralysies persistantes souvent consécutives, de l'impossibilité d'enlever entièrement les tumeurs infiltrées, de l'existence fréquente de tumeurs multiples; enfin parce que certaines parties du cerveau sont inaccessibles ou ne sauraient être atteintes sans danger pour la vie des malades.

Cependant l'auteur conseille de tenter la trépanation à cause de sa bénignité, et parce qu'elle permet d'enlever les tumeurs de la dure-mère et de la pie-mère qui ne présentent pas de prolongements dans le cerveau.

De plus, la trépanation peut rendre des services, même quand elle n'est pas suivie d'ablation, soit en décomprimant la cavité intracranienne, soit agissant comme révulsif énergique, en particulier quand il existe des accès épileptiques subintrants mettant en danger la vie des malades.

Le plus souvent, il faudra se résigner à un des moyens médicaux, c'est-à-dire traiter l'état général des malades (syphilis ou tuberculose) et parer aux différents symptômes par une thérapeutique appropriée. F. VERCHÈRE.

Ueber Heilung von Trigeminus-Neuralgie (De la guérison de la névralgie trifaciale par l'élongation du nerf facial), par SCHULZE-BERGE (*Arch. f. klin. Chir. XLVI*, 1).

L'auteur rapporte une observation de névralgie faciale, occupant le territoire du nerf maxillaire inférieur, et qui fut guérie par l'élongation du nerf facial, après que la section de différentes branches du maxillaire inférieur fut restée inefficace. L'explication de la guérison serait la suivante: Les accès névralgiques seraient le fait de l'excitation des nerfs sensitifs par les mouvements des muscles de la face; en paralysant momentanément ces derniers, on permet à l'irritabilité des nerfs sensitifs de se calmer, et on assurerait ainsi la guérison. Aussi l'auteur pense-t-il que l'élongation du nerf facial n'est applicable qu'aux cas où cette pathogénie peut être invoquée. REBLAUB.

Entfernung des Ganglion Gasseri und des Trigeminusstammes, par F. KRAUSE (*Deutsche med. Woch.*, n° 15, *p.* 341, 1893).

Une femme de 68 ans, atteinte de névralgie rebelle, ayant déjà subi la résection du nerf dentaire inférieur, puis celle du tronc du nerf maxillaire inférieur, souffre à tel point qu'elle songe au suicide. Les douleurs s'étendent à la totalité du territoire du trijumeau gauche.

L'auteur pratique au milieu de l'écaille du temporal un trou assez large pour faire pénétrer une pince-gouge de Lüer et met à nu la dure-mère sur une grande étendue. Il pénètre, en soulevant la dure-mère et en ménageant le tronc de la méningée moyenne, ainsi que les deux premières branches du trijumeau, jusqu'au ganglion de Gasser. Il lie la méningée moyenne. Il réussit à isoler le ganglion en refoulant la dure-mère. Il saisit le ganglion avec

la pince de Thiersch, sectionne la première et la seconde branche du trijumeau, et exerce une violente traction sur le tronc du trijumeau. Il l'extrait dans sa totalité (22 millimètres de longueur) sans provoquer de désordre cardiaque ni pulmonaire.

Dès le soir, disparition de la névralgie qui, dès lors (neuf semaines), n'a pas reparu. Pas de trouble trophique consécutif. L. GALLIARD.

Gunshot injury of the great sciatic nerve, par G. BROWN (*Med. News, p.* 467, 22 *octobre* 1892).

Un homme de 35 ans reçoit le 2 février une balle de pistolet dans la cuisse droite au tiers moyen. Il entre à l'hôpital le 23 mars : la plaie est guérie, mais le blessé se plaint de douleurs intolérables dans le pied et la jambe (dans la sphère de distribution du grand sciatique), ces douleurs ont débuté aussitôt après l'accident et ne sont calmées que par la morphine.

Le 25 mars on explore la cicatrice : sur le trajet de la balle (qui a traversé le membre), on trouve, englobant le nerf sciatique, une masse cicatricielle qui fixe ce nerf contre le tendon du biceps. Cette masse, très dure, fut disséquée et le nerf libéré parut épaissi et induré.

Les résultats furent rapidement favorables : la réunion eut lieu par première intention, et les douleurs disparurent progressivement. Le 20 avril le patient déclarait ne plus souffrir. MAUBRAC.

Amputation de Lisfranc. Troubles trophiques et névralgie du moignon. Élongation nerveuse; guérison, par E. TACHARD (*Arch. prov. de chir., p.* 347, *juin* 1893).

V..., jeune soldat, subit, en janvier 1891, l'amputation de Lisfranc. La guérison se fit, mais après de nombreux abcès apparus le long de la jambe. En février 1892, le moignon paraissait excellent, mais sur le bord supérieur et interne de la cicatrice, existe une ulcération superficielle rebelle à tout traitement. Le moignon, bien matelassé, est en équinisme permanent, et le malade ne peut appuyer le pied à terre.

Refroidissement notable et sensibilité au moindre attouchement. Spontanément pas de douleurs. Les efforts de la marche provoquent des douleurs si violentes que le malade se traîne sur un pied avec des béquilles. La névralgie siège au bord antéro-interne du pied.

Elongation faite le 6 juillet 1892. Derrière la malléole interne par l'incision pour la tibiale postérieure, le nerf tibial postérieur est découvert, il ne présente pas d'altérations; au-dessous de lui, on passe le crochet d'une romaine anglaise, et on fait une traction lente et progressive de 9 kilogrammes, maintenue une minute. Suture de la plaie. Réunion rapide. Un mois après, le malade marche avec l'aide d'une canne et pose franchement le moignon à terre. L'ulcération trophique est en voie de guérison.

Ce n'est qu'après quinze jours que les phénomènes douloureux se sont atténués pour disparaître plus tard définitivement.

Suivant l'auteur, l'élongation agit sur la vitalité de la moelle.

F. VERCHÈRE.

Suture du nerf cubital pour une blessure de ce nerf remontant à plus de quatre mois, par P. BERGER (*Bull. Acad. méd.*. 7 *mars* 1893).

Ce fait concerne une fillette de 10 ans dont le nerf cubital avait été sectionné par un éclat de verre; cette section avait été suivie de la paralysie et de l'atrophie des muscles de l'éminence hypothénar et de celles du petit doigt. L'anesthésie était absolue. Quatre mois après l'accident, isolement et suture

à la soie des deux extrémités nerveuses; dès le surlendemain de l'opération, on constatait le retour presque complet de la sensibilité dans le bord cubital de la main et aux doigts innervés par le cubital. Deux jours plus tard, le retour de la sensibilité était complet. OZENNE.

I. — Ueber einen operativ behandelten Fall von Wirbelbruch....., par KŒRTE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 22, *p.* 528 *et* 529, 29 *mai* 1893).

II. — Two cases of laminectomy, par PANTZER (*New York med.*, *p.* 231, 26 *août* 1893).

I. — Cocher de 30 ans, blessé sur son siège, en passant sous une porte cochère basse. Paralysie complète de la motilité et de la sensibilité à partir de l'ombilic jusqu'à l'extrémité des pieds; paralysie vésicale; disparition des réflexes.

Rougeur et phlyctènes au niveau des régions fessière et sacrée.

Dépression entre la onzième et la douzième vertèbres thoraciques; enfoncement de l'apophyse épineuse de la douzième. Kœrte crut avoir affaire à un écrasement direct des lames de la douzième vertèbre thoracique. Comme il existait déjà, seize heures après l'accident, des troubles trophiques de la peau, il se décida à intervenir immédiatement. Il trouva la onzième apophyse articulaire thoracique luxée en arrière de la douzième et ne réussit à la réduire ni par traction ni par pression directe. Ablation, à coups de ciseau, des onzième et douzième lames vertébrales thoraciques, sans ouvrir la dure-mère. Moelle épinière très molle. Avec l'élévatoire et une traction sur les épaules, il réussit alors à réduire la luxation, mais elle se reproduisit aussitôt après. L'opération ne modifia en rien la paralysie; cystite, hématuries et mort le onzième jour.

A l'autopsie : cystite hémorragique, pyélonéphrite suppurée; pneumonie gauche, pleurésie purulente. La onzième vertèbre thoracique était arrachée de la douzième; enfoncement de la substance spongieuse du corps de la douzième, rupture des connexions articulaires entre la onzième et la douzième vertèbres thoraciques; fracture partielle des apophyses articulaires de la douzième vertèbre thoracique. Dure-mère intacte. Ramollissement de la moelle au niveau de la blessure. (*R. S. M.*, XXVII, 654; XXXIV, 237 et 640; XXXV, 259; XXXVI, 625; XXXVII, 606 et 607; XXXVIII, 208 et 650; XL, 267 et 614; XLI, 637.) J. B.

II. — 1° Un homme de 39 ans, dans une chute de plus de 11 mètres de haut, tomba sur les deux pieds. Durant plusieurs heures, il éprouva une douleur très vive dans l'épine dorsale et dans les membres inférieurs, surtout la jambe droite; ces douleurs persistèrent un peu atténuées, pendant plus d'un an; quelques semaines après l'accident, le malade put marcher, mais avec difficulté et douleurs dans le dos. Deux ans après, la marche était devenue presque impossible, car il existait de la paralysie de la jambe droite (des extenseurs et des adducteurs). Puis se développèrent des troubles de l'intelligence, du caractère, de la sensibilité, et enfin des attaques de petit mal, accompagnées de pertes de connaissance.

La pression est douloureuse au niveau de l'apophyse articulaire de la deuxième vertèbre lombaire.

On supposa une compression de la moelle consécutive à la fracture de la lame et de l'apophyse articulaire du côté droit de la deuxième vertèbre lombaire, compliquée de myélite ascendante.

Le 15 juin 1892, on réséqua les lames droites et gauches des deuxième et troisième lombaires, la lame droite des quatrième et cinquième lombaires. La lame droite et l'apophyse articulaire de la deuxième lombaire ont été le

siège d'une fracture; actuellement elles sont épaissies. La dure-mère épaissie et adhérente à ce niveau, est également réséquée. Drainage.

La guérison se fit rapidement et sans incidents. Le vingt-septième jour, un appareil plâtré fut appliqué, et le malade put marcher; la jambe droite avait recouvré sa motilité. Le trentième jour, la marche était possible, même sans béquilles.

Le malade fut revu, plus de six mois après l'opération : le résultat s'était maintenu.

2° Mac G., âgé de 40 ans. En mars 1890, il fait une chute de 30 pieds de haut; on le trouva debout, étourdi et stupide; puis il devint très excité, hystérique. Bientôt la mémoire s'affaiblit, la force des jambes diminua. En juillet 1891, la douleur lombaire dont se plaignait le malade s'accentua, et les membres inférieurs, surtout le gauche, devinrent douloureux.

En février 1892, le patient tomba tout à coup dans un état de stupeur profonde, se plaignant beaucoup. Cette prostration fut de très courte durée. Deux attaques semblables survinrent dans l'espace de six mois.

En novembre 1892, deux ans et demi après l'accident, la jambe droite est affaiblie, amaigrie, sans trouble de sensibilité.

L'apophyse épineuse de la quatrième lombaire est déviée à droite, et la pression sur la crête épinière lombaire et dorsale est douloureuse.

Le 4 décembre, nouvelle attaque de stupeur, faiblesse, etc.

Le 20 décembre 1892, l'apophyse épineuse de la quatrième lombaire est découverte; elle était fracturée, et la lame droite était épaissie et saillante. Les deux lames des quatrième et cinquième lombaires sont enlevées. La dure-mère étant incisée, on ne trouva aucun signe de maladie de la moelle.

L'opéré fut un peu agité le second jour de l'opération, et malgré la morphine et le bromure, on nota un pouls de 140.

Le troisième jour, au matin, la température était de 37°,8, le pouls à 104. Vers midi, la respiration brusquement fut suspendue durant deux minutes environ, et en même temps, la jambe droite fut agitée de convulsions; le pouls était à 124, la température à 38°,3; le patient tomba alors dans un état comateux, la respiration devint stertoreuse, et la mort survint cinquante-cinq heures après l'opération. La plaie était en parfait état.

Pas d'autopsie. MAUBRAC.

Beiträge zur Kentniss der Halswirbelbrüche (Contribution à l'étude des fractures de la colonne vertébrale dans la région du cou), par SONNENBURG (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XXXIV, p.* 395).

Ce mémoire ne traite que des fractures des vertèbres cervicales inférieures, Sonnenburg ayant de parti-pris laissé de côté tout ce qui concerne l'atlas et l'axis. Il est basé sur quelques observations inédites et sur la plupart des faits publiés jusqu'ici, lesquels ont été résumés dans deux tableaux synoptiques. Le premier est consacré à 17 cas qui ont été suivis de guérison ; le second, à 12 faits qui se sont terminés par la mort et dans lequel le patient a pu encore marcher après la fracture ou n'a éprouvé des accidents paralytiques qu'à une période assez éloignée de l'accident. Le premier de ces tableaux montre jusqu'à l'évidence qu'on a exagéré le pronostic de ces fractures ; étant donné leur rareté, les 19 cas de guérison réunis par Sonnenburg prouvent que cette affection est loin d'être fatalement mortelle. Cela s'explique soit par l'absence d'une lésion médullaire concomittante, soit par la réparation de celles qui ont pu se produire sous l'influence du traumatisme.

Presque toutes les fractures guéries siégeaient au niveau de la qua-

trième ou de la cinquième vertèbre ; d'où absence de lésion du phrénique et partant d'accidents graves. Dans ces cas, la lésion médullaire n'est souvent qu'une simple compression par un épanchement sanguin. On comprend dès lors que les phénomènes paralytiques puissent disparaitre assez facilement et progressivement.

La symptomatologie de ces fractures est extrêmement variable. Les unes restent latentes, c'est-à-dire ne s'accompagnent ni de phénomènes locaux ni de symptômes médullaires, et sont des plus difficiles à distinguer de la simple commotion médullaire, du moins au moment du traumatisme. Il est vrai que, plus tard, peuvent apparaître dans ces cas des accidents divers qui viennent indiquer exactement la nature de la lésion. Dans d'autres faits, les symptômes locaux sont des plus nets : saillie angulaire des fragments, appréciable au toucher intrapharyngien, etc. Le toucher pharyngien constitue en l'espèce un très bon moyen de diagnostic, car, avec le doigt, on peut descendre jusqu'à la cinquième cervicale. Enfin, dans quelques circonstances, il y des symptômes tardifs, paralysie, etc. Il faut savoir bien distinguer de ces accidents l'hystéro-traumatisme, dont l'auteur rapporte, à la fin de son travail, une intéressante observation due à Strohe. MARCEL BAUDOUIN.

Ueber den diagnostischen und therapeutischen Werth der Punction des Wirbelkanales nach Quincke, par von ZIEMSSEN, et discussion (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 19, *p.* 460, 8 *mai* 1893).

L'opération proposée par Quincke (*R. S. M.*, XL, 265) n'est pas difficile ; on arrive à évacuer jusqu'à 100 centimètres cubes de liquide du canal vertébral.

Quant aux effets thérapeutiques de ces ponctions lombaires, on ne peut encore se prononcer d'une façon certaine. La céphalalgie disparaît souvent. Dans une méningite tuberculeuse, où quatre ponctions furent faites, les douleurs de tête cessèrent complètement, le malade put se lever et ne succomba que plusieurs semaines plus tard à des phénomènes pulmonaires. La chloroformisation est le plus souvent inutile pour cette opération.

Quincke a fait pour 22 malades 41 ponctions. Les effets thérapeutiques sont souvent faibles, mais les résultats diagnostiques sont très importants. Si la teneur du liquide évacué en albumine dépasse 2 0/00, on doit admettre des lésions récentes. La pression sous laquelle le liquide s'écoule est fréquemment très grande : elle peut correspondre à celle d'une colonne d'eau de 500 à 700 centimètres cubes, tandis que la pression normale est vraisemblablement inférieure à 150 centimètres cubes. Dans les affections aiguës, il n'est certainement pas insignifiant de décharger le cerveau d'une telle pression ; on peut ainsi favoriser la guérison. Dans les affections chroniques, on peut avantageusement, au lieu d'une simple ponction, essayer de fendre la dure mère pour assurer un écoulement continu du liquide.

Ewald confirme la facilité de ces ponctions dont il a vu de bons effets passagers chez les enfants.

Naunyn a constaté une pression de 700 centimètres cubes dans un cas de méningite tuberculeuse. Les liquides évacués étaient généralement fort riches en albumine.

Von Ziemssen insiste à nouveau sur la valeur diagnostique de la ponction lombaire dans les diverses formes de méningite. Guidé par l'idée qu'on pourrait, le cas échéant, faire suivre la ponction d'une injection médicamenteuse, il s'est assuré sur le cadavre qu'une pression de 700 centimètres cubes suffit pour faire parvenir dans le bulbe une solution de bleu de méthylène. J. B.

Fracture de la colonne vertébrale; trépanation, amélioration, par VILLAR (7e *Cong. franç. chir. et Bulletin méd.*, 3 *mai* 1893).

Homme de 23 ans atteint, dans la région dorsale, par la chute d'une presse; deux jours après, paraplégie complète, anesthésie étendue du pied au creux poplité, rétention d'urine et violentes douleurs. 48 heures plus tard, la trépanation montre une fracture par écrasement et une torsion de la région dorso-lombaire comprimant la moelle.

Deux jours après l'intervention, les douleurs et la rétention d'urine avaient disparu, la motilité du membre reparaissait et graduellement l'amélioration a augmenté. OZENNE.

I. — Preaparat von Spina bifida occulta sacro-lumbalis, par RIBBERT.

II. — Discussion de la Société des médecins de Zurich (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, *n*° 11, *p.* 371, 15 *mai* 1893).

I. — Il s'agit d'un homme de 22 ans dont l'observation a été relatée par Conrad Brunner (*Virchow's Archiv*, CXXIX) et qui présentait sur la première vertèbre sacrée une tumeur de la grosseur d'une noisette avec un peu d'hypertrichose. Il succomba en décembre 1892 à un phlegmon causé par un ulcère perforant du pied gauche. L'autopsie révéla l'existence d'une fente au niveau des lames des deux dernières vertèbres lombaires et de toutes les vertèbres sacrées. La fente avait son maximum de largeur au niveau de la première vertèbre sacrée; la lame fibreuse qui la comblait présentait un orifice allongé à travers lequel passait un cordon fibreux, qui, partant de la tumeur cutanée, pénétrait dans le canal vertébral, à l'intérieur de la dure-mère et, de là, se continuait en haut sous forme de cylindre en se fusionnant avec la moelle épinière qui avait à peu près les mêmes dimensions. La moelle descendait jusqu'à la cinquième lombaire, c'est-à-dire de deux ou trois vertèbres plus bas qu'à l'ordinaire. Le cordon, qui se confondait d'abord en arrière avec la moelle, en l'entourant comme une gaine et en s'amincissant graduellement en haut, de façon à paraître la continuation directe de la moelle, était formé surtout de fibres musculaires longitudinales et de tissu conjonctif adipeux et vasculaire; au niveau des insertions du cordon à la face postérieure de la moelle, les cordons postérieurs faisaient défaut et la substance grise semblait se continuer directement avec le cordon engaînant. De la face antérieure de la moelle, partait le filament terminal.

II. — Dans quelques cas de spina bifida et de rachischisis total, von Monakow a pu constater l'intégrité microscopique des racines postérieures et des ganglions spinaux correspondant à la lacune osseuse. Quant à l'existence de touffes de poils dans le spina bifida, au niveau des points où il y a eu défaut ou retard dans la soudure des replis ectodermiques ou du canal médullaire, elle est le vestige d'un travail exagéré de croissance au niveau d'un point faible, travail s'efforçant de surmonter l'obstacle à la fermeture. Dans l'anencéphalie et l'amyélie, toute la peau du dos, de la tête au sacrum, offre de chaque côté de la lacune, un liseré serré de poils follets. J. B.

Traitement des fractures indirectes du rachis (région dorso-lombaire), par Hector LERLIER (*Thèse de Paris*, 1893).

Le traitement des fractures du rachis comporte trois opérations principales : 1° opérer la réduction; 2° immobiliser; 3° traiter les accidents consécutifs.

Si la déformation est considérable et accompagnée de paralysie complète, il faut opérer la réduction immédiate au moyen de tractions faites par des aides et au besoin la coaptation sera complétée par le chirurgien.

Si la déformation est peu accusée et si les accidents nerveux sont légers, les tractions continues peuvent suffire ; mais il faut leur préférer la réduction rapide. Dans les deux cas, l'intervention sera suivie d'immobilisation dans la gouttière de Bonnet ou à défaut de celle-ci sur un lit rigide combiné avec le matelas d'eau. Si le traumatisme rachidien est de peu d'importance, l'immobilisation suffit. La méthode de Sayre ne trouvera son indication qu'à une époque éloignée du traumatisme.

Il faudra préférer le corset tuteur dont l'usage assure une consolidation parfaite du rachis et permet au malade de se lever plus tôt.

La trépanation est rarement indiquée, tant dans les fractures récentes que dans les anciennes ; elle doit être réservée aux fractures directes, quand la compression de la moelle est due à des fragments postérieurs.

F. VERCHÈRE.

De la trépanation du bassin, par R. CONDAMIN (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 521, *septembre* 1893).

Lorsqu'une collection purulente occupe le canal iliaque, c'est au niveau du point de déclivité maxima que l'on doit donner issue au pus et pratiquer le drainage. L'auteur s'est donné comme objectif de rechercher expérimentalement quel était ce point. Dans certaines circonstances, il correspond à une dépression de la fosse iliaque interne; c'est donc à ce niveau que doit être pratiqué un drainage permanent. Dans la position couchée, les malades atteints de suppurations aiguës de la fosse iliaque interne, se placent dans une position telle que le bassin s'incline du côté malade, pendant que la cuisse et le tronc se fléchissent sur lui; et dans ces conditions le drainage, au point de déclivité maxima n'est possible qu'avec la trépanation de la fosse iliaque.

La fosse iliaque présente généralement une région où l'os ne présente pas une épaisseur de plus de deux millimètres, cette région constitue la partie la plus déclive de la fosse iliaque quand le malade se trouve couché les épaules et la tête un peu hautes. De plus il ne répond à aucun organe important et tombe juste au milieu du canal iliaque de Velpeau. Il est à l'interstice de séparation du grand et du petit fessier, et les troncs principaux de la fessière se portent l'un en arrière l'autre en avant. Voici quels sont les points de repère donnés par l'auteur pour arriver sur cette région. En examinant attentivement des bassins secs on constate que ce point est situé sur une ligne allant de l'épine postéro-supérieure à l'épine antéro-inférieure; d'autre part, si l'on prend le milieu de cette ligne, on constate que c'est à ce niveau que se trouve la plus grande minceur de l'os iliaque, c'est-à-dire le lieu d'élection pour la trépanation. Les plans que l'on rencontre sont la peau et la couche

adipeuse plus ou moins épaisse, l'aponévrose fessière, assez résistante et donnant par sa face profonde insertion à quelques fibres du moyen fessier. A ce niveau on aperçoit l'interstice du grand et du moyen fessier, où l'on pénètre avec la sonde cannelée; quelques branches de la fessière sont à la partie inférieure. Il ne reste plus qu'à inciser crucialement le périoste et à le décoller avant d'appliquer la couronne de trépan. L'auteur donne 8 observations où son procédé a été mis à exécution.

F. VERCHÈRE.

Ein Fall von Harnblasenverletzung... (Blessure de la vessie par fracture du bassin), par ARNHEIM (*Deutsche med. Woch.*, n° 18, *p.* 418, 1893).

Une femme de 41 ans, s'étant précipitée du troisième étage, présente, avec d'autres lésions, une fracture du bassin. Infiltration d'urine attribuée à la blessure de la vessie par les fragments osseux. Quatorze heures après l'accident, on fait à droite, immédiatement au-dessus de la symphyse, une incision transversale de 8 centimètres; on sectionne le muscle grand droit du côté droit. De la cavité prévésicale on voit s'écouler un liquide sanguinolent, d'odeur urineuse. On place une sonde dans la vessie. Après dissection, on voit que la paroi antérieure de la vessie présente une déchirure longue de 2 centimètres. Suture à l'aide de douze fils de catgut. On prolonge à gauche l'incision de la paroi et on suture une seconde plaie vésicale à gauche. Cette seconde plaie a été soupçonnée lorsque après la première suture, on a vu que la vessie ne conservait pas la solution boriquée injectée par la sonde.

Malgré le succès des sutures, l'agitation extrême de la malade rend les soins consécutifs très difficiles. L'opérée succombe au bout de vingt jours.

L. GALLIARD.

Traitement chirurgical des anévrismes de l'artère innominée par la méthode de Brasdor, par Jules POIVET (*Thèse de Paris*, 1893).

L'auteur, ayant relevé tous les faits où l'on est intervenu, trouve les résultats suivants :

Morts opératoires. — Ligature isolée de la carotide primitive droite et successive de la carotide et de la sous-clavière ou axillaire droites : 36,36 0/0 de morts opératoires.

Ligature isolée de la sous-clavière ou de l'axillaire droite et ligature successive de la sous-clavière ou de l'axillaire et de la carotide primitive droite : 33, 3 0/0.

Ligature simultanée des carotides et sous-clavières ou axillaires droites : 13,4 0/0 (procédé employé surtout depuis l'antisepsie).

Survie moyenne. — Pour la ligature isolée de la carotide et pour la ligature successive de la carotide et de la sous-clavière, ou de l'axillaire : 11 mois (sans compter le cas d'Evans : 30 ans).

Pour la ligature isolée de la sous-clavière ou de l'axillaire et pour la ligature consécutive de la sous-clavière ou de l'axillaire : 7 mois.

Pour la ligature, simultanée, 7 mois 1/2, dans 18 cas suivis jusqu'à la mort, auxquels il faut ajouter 19 cas suivis pendant 8 mois 1/2 en moyenne et qui restaient stationnaires.

La ligature simultanée semble donc le procédé de choix. On se contentera cependant d'une seule ligature qu'on pourra faire suivre de la seconde, s'il y a lieu. La ligature de la carotide est contre-indiquée lors-

que le pouls de la carotide gauche n'est pas senti, surtout si le pouls de la radiale du même côté est affaibli.

La ligature sera faite avec du catgut chromique ou la soie, et devra être serrée modérément pour accoler les parois du vaisseau sans rompre les tuniques internes et moyenne. F. VERCHÈRE.

Anévrisme artério-veineux de la tibiale postérieure, par ANNEQUIN (*Archives de méd. milit.*, *avril* 1893).

Un soldat reçoit le 16 janvier, presque à bout portant, la charge d'un fusil de chasse (plombs nos 6 et 8), sur la face interne de la jambe droite, à 14 centimètres au-dessus de la malléole interne : une des plaies donna issue à un jet de sang rutilant.

Le 19 janvier, on percevait les pulsations de la tibiale postérieure derrière la malléole : la guérison fut rapide. Dans la première quinzaine de mars, à l'occasion d'un mouvement violent, le blessé éprouva dans le mollet un sentiment douloureux, et bientôt après il constata une petite tumeur en dedans de la cicatrice. Puis ont apparu de la pesanteur, de l'engourdissement du membre, des crampes, de la dilatation des veines, qui sont devenues flexueuses. Sur la tumeur on perçoit un frémissement qui bientôt s'accrut au point de troubler parfois le sommeil.

On avait affaire à un anévrisme artério-veineux de la tibiale postérieure. La compression ayant échoué, on recourut à l'extirpation du sac : l'artère tibiale postérieure communiquait directement par un orifice de 4 millimètres de diamètre avec une de ses veines collatérales : les parois de la poche étaient minces, friables. Suites opératoires bénignes. Ce soldat put reprendre son service.

L'auteur donne le résumé de 8 observations d'anévrismes artério-veineux de la tibiale postérieure. MAUBRAC.

Ueber die Unterbindung der Carotis externa (De la ligature de la carotide externe), par H. LIPPS (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLVI*, 1).

Lipps s'est proposé d'étudier la valeur de la ligature de la carotide externe et pour cela a réuni une statistique de 130 cas (117 cas publiés et 13 cas inédits de Küster). Ces 130 cas ont donné 32 morts, mortalité qui est de beaucoup moins forte que celle que donne la ligature de la carotide primitive que certains chirurgiens préfèrent encore à la précédente. Quand la ligature de la carotide externe d'un côté ne suffit pas, on peut sans inconvénient lui associer celle de la carotide externe de l'autre côté. Cette ligature fut pratiquée 25 fois pour anévrismes ; dans 10 cas, le résultat fut nul. Dans 27 cas, elle a constitué une opération préliminaire destinée à assurer l'hémostase pour l'extirpation de tumeurs de la parotide, de la langue, de la cavité buccale, du pharynx, etc. Dans 28 cas, la carotide externe fut liée au cours de l'extirpation des tumeurs ; dans 28 autres cas, pour arrêter des hémorragies abondantes ; enfin, dans 15 cas elle fut appliquée comme procédé de traitement de tumeurs malignes. Pour toutes ces catégories d'indications, sauf la dernière, la ligature de la carotide externe a donné des résultats qui la rendent très recommandable. REBLAUB.

Anévrisme spontané de l'artère humérale, à évolution rapide, par artérite infectieuse aiguë à streptocoques au cours d'une endocardite végétante, par LE GENDRE et BEAUSSENAT (*Rev. de chir.*, n° 11, *p.* 938, 1893).

L'observation rapportée par Legendre et Beaussenat offre un grand intérêt en ce qu'elle établit d'une façon précise l'évolution des lésions de l'artérite infectieuse aboutissant à la production d'un anévrisme spontané.

Femme de 25 ans, bonne santé habituelle, aucune trace de syphilis. A l'âge de 22 ans, attaque de rhumatisme aigu sans complication cardiaque. Il y a cinq mois, nouvelle attaque de rhumatisme, accompagnée de palpitations et de crises d'étouffement. Depuis lors, affaiblissement progressif, émaciation. Brusquement, sans raison aucune, huit jours avant l'entrée à l'hôpital, la malade a éprouvé une sensation de fourmillement dans le membre supérieur droit; deux jours après, elle constatait l'apparition d'une petite grosseur à la partie supérieure et interne du bras droit.

A l'entrée à l'hôpital on constate l'existence d'un anévrisme de l'artère humérale.

L'examen du cœur révèle une affection complexe caractérisée par un choc systolique intense avec frémissement cataire intense à la pointe, et à l'auscultation par un roulement diastolique avec léger dédoublement du second bruit, mais surtout par un souffle systolique très rude en jet de vapeur. Etat général mauvais.

Peu à peu la tumeur se modifie, devient plus dure, ne présente plus de battements; en même temps apparaît de l'œdème de l'avant-bras et de la main; la tumeur augmente de volume rapidement et atteint la grosseur d'une tête de fœtus. Empâtement de tout le bras, de la région deltoïdienne.

Le 13 juin, rupture de la tumeur, hémorragie immédiatement arrêtée par la ligature de l'axillaire. Mort quelques heures après.

L'autopsie montre une endocardite végétante de la valvule mitrale, des infarctus dans la rate et les reins; enfin un anévrisme de l'artère humérale dont la rupture avait produit un volumineux anévrisme diffus.

L'examen histologique des parois de l'artère montra des lésions nettes de méso-périartérite aiguë avec diapédèse des leucocytes et prolifération cellulaire intense, sur presque toutes les coupes existaient des amas de streptocoques surtout sous l'endartère et dans les couches les plus voisines de la tunique moyenne.

Les mêmes streptocoques existaient dans les infarctus viscéraux.

Comme le font justement remarquer les auteurs, cette observation unique jusqu'ici d'anévrisme spontané, au cours d'une endocardite infectieuse, met bien en lumière le mode de formation des ectasies artérielles consécutives aux infections, seulement en général l'évolution est lente. Ici on saisit le stade aigu.

Dans la pathogénie des anévrismes constatés longtemps après l'évolution des maladies infectieuses, on admet que la cause est l'action lente des toxines bactériennes, déposées dans l'organisme par les microbes et altérant peu à peu la paroi des vaisseaux dans lesquels elles circulent. Dans ce cas, on voit les microbes présents au niveau même de la lésion, doués sans doute d'une virulence extrême et provoquant par leur présence, c'est-à-dire par les toxines sécrétées sur place, la réaction organique attestée par la diapédèse des leucocytes et par une intense prolifération cellulaire.

C. WALTHER.

Die Behandlung der Varicositäten (Traitement des varices), par **ROBITZSCH** (*Deutsche med. Woch.*, n° 34, *p.* 812, 1893).

Les varices sont dues, en réalité, à l'atrophie des valvules des veines. Pour remédier à cette atrophie, Trendelenburg pratique la ligature de la saphène. Landerer applique sur le même vaisseau une pelote qui rappelle celle des bandages herniaires, et qui, adaptée à un ressort, comprime uniquement le point visé. De cette manière, il n'y a pas de constriction de tout le membre.

L'auteur a observé 100 malades, parmi lesquels plusieurs portent le bandage de Landerer depuis deux ans; chez 10 seulement l'amélioration a fait défaut. Le bandage est appliqué, suivant le cas, au-dessus ou au-dessous du genou. Il est plus facile à supporter et plus facile à poser que les bas élastiques. Il exerce rapidement une action favorable sur l'eczéma et les ulcères variqueux. L. GALLIARD.

A new method for the radical cure of varicose veins, par **LA PLACE** (*Journ. of the Americ. med. Ass.*, 12 *août* 1893).

Le repos, la ligature, l'acupressure, l'excision donnent des résultats négatifs dans le traitement des varices. L'anatomie du système veineux des membres inférieurs a suggéré à La Place l'idée d'obtenir l'oblitération des veines variqueuses, c'est-à-dire en dernière analyse la cure radicale des varices, en liant la saphène interne à son extrémité supérieure et la saphène externe entre les deux chefs de gastrocnémiens, obtenant ainsi la stase dans toute la circulation veineuse superficielle.

La Place a pratiqué 16 fois cette opération avec des succès qu'il tient pour durables. CART.

Incision und Drainage bei Pyopericardium, par **SIEVENS** (*Zeitschr. f. klin. Med.*, *XXIII, p.* 26).

Le traitement opératoire des péricardites suppurées est pleinement justifié; l'opération n'exerce pas d'influence défavorable sur le travail du cœur et est la seule chance de salut. Sur 9 cas, 4 guérisons complètes ont été obtenues. Même dans les cas désespérés, l'opération diminue les souffrances et prolonge la vie.

Le meilleur mode d'intervention est une incision soit dans le quatrième soit dans le cinquième espace intercostal gauche, fait à quelques centimètres à gauche du sternum. Cette incision évite la blessure de la mammaire interne et de la plèvre gauche souvent ouverte dans les incisions trop rapprochées du sternum. Mais une incision trop éloignée expose d'autre part à ce qu'après le retrait du péricarde distendu l'orifice péricardique et cutané cessent de se correspondre. Le drainage est nécessaire. On ne fera pas de lavage du péricarde.

En cas de pyopéricardite associée à une pleurésie purulente gauche l'incision du péricarde pourra être associée à l'empyème. On commencera par débarrasser le malade de l'épanchement péricardique.

A. F. PLICQUE.

Artificial opening of pulmonary cavities; insertion of rubber tube and injection of chlorine gas, par SHURLY (*Journ. of the Amer. med. Ass.*, 26 *août* 1893).

Ce traitement chirurgical des cavernes pulmonaires ne diffère de ceux préconisés jusqu'ici que par l'introduction dans la caverne d'un drain par lequel on injecte avec l'appareil de Wolff non des liquides mais des gaz capables de détruire la virulence du tubercule. Le drain est laissé à demeure et son extrémité soigneusement bouchée avec de la ouate absorbante dans l'intervalle des séances. Shurly rapporte deux observations où il a eu l'occasion d'appliquer sa méthode : la mort a été rapide dans les deux cas. CART.

Bronchiectasie ; Pneumotomie. Guérison, par HOFMOKL (*Wien. med. Presse*, 30 *avril* 1893).

H... qui déjà précédemment obtint de bons résultats dans 2 pneumotomies, rapporte un troisième fait démontrant la prompte et salutaire influence thérapeutique qu'exerce l'aération artificielle par une ouverture faite de l'extérieur sur les cavités putrides du poumon.

Il s'agit, dans le cas présent d'un homme de 43 ans, de bonne constitution, atteint depuis peu d'un point de côté, de toux avec expuition horriblement fétide. L'auscultation révèle l'existence d'un souffle caverneux situé dans le deuxième espace intercostal à droite. Opération faite le 30 janvier 1893, sous narcose chloroformique. Incision dans le deuxième espace intercostal, à 6 centimètres du bord droit du sternum sur une longueur de 9 centimètres parallèlement à la côte jusqu'à la plèvre. Ouverture de cette dernière au thermocautère. La cavité, mesurée avec une sonde, présente 5 centimètres de profondeur. Evacuation du pus, drainage, etc. Le malade sort guéri de l'hôpital 18 jours après l'opération. CART.

Subphrenic abscess, with special reference to those cases which simulate pyopneumothorax, par MASON (*Boston med. and surg. Journ.*, 24 *août et suiv.* 1893).

Mason a entrepris l'étude de ces collections purulentes d'après de nombreuses observations et relations d'autopsies.

Voici ses conclusions : les abcès sous-phréniques sont généralement dus à une péritonite circonscrite mais peuvent être rétro-péritonéaux. Ils reconnaissent pour causes : les ulcères perforants de l'estomac, du duodénum ou de l'appendice et bien rarement d'une autre partie du tube digestif ; de l'inflammation hépatique, périhépatique, périsplénique et périnéphrétique ; occasionnellement des calculs biliaires, du cancer ou des kystes à echinocoques. Ils sont quelquefois de cause indéterminée.

A l'examen, ils peuvent simuler les pyo-pneumothorax. Les collections purulentes sous-phréniques, lorsqu'elles sont sous la dépendance d'une perforation des voies digestives ont presque toujours une terminaison fatale. Toutefois, le pronostic est plus favorable dans les cas succédant à une appendicite que dans ceux qui résultent d'une perfuction gastrique et duodénale. L'ulcère gastrique perforant qui a provoqué un abcès sous-phrénique peut guérir spontanément après l'évacuation de cet abcès. Un diagnostic précoce réduirait la mortalité dans une large mesure. Les abcès hépatiques, péri-hépatiques ou péri-néphrétiques qui se collectent sous

la voûte diaphragmatique peuvent fréquemment être traités avec succès par l'incision et le drainage. CART.

Plaies du diaphragme, par SEVEREANU (7e *Cong. franç. chir.*, et *Bulletin méd.*, 14 *mai* 1893).

Dans un cas, il s'agissait d'une plaie faite par un couteau entre la sixième et la septième côte ; les accidents immédiats furent presque nuls, mais 10 ans plus tard le blessé mourait d'occlusion intestinale, due à l'étranglement d'une anse passée au travers d'un orifice diaphragmatique, remontant à l'époque de l'ancien traumatisme.

Dans un second cas, le malade avait reçu un coup de couteau au niveau de la sixième côte ; la plaie qui donnait issue à des matières alimentaires fut agrandie et l'on trouva la plèvre gauche, pleine d'aliments et contenant une portion d'estomac, qui avait fait issue par une plaie du diaphragme. Malgré la suture de l'estomac et celle du diaphragme, qui fut assez pénible, le malade succomba. OZENNE.

La glande thyroïde et les goitres, par Arthur RIVIÈRE (*Thèse de Lyon*, 1893)

On trouvera dans cette excellente thèse une étude anatomique et anatomo-pathologique très complète de la glande thyroïde simple et hypertrophiée.

L'auteur a essayé de rattacher les goitres à deux grandes classes :

1° Goitres dépendant de l'évolution des éléments du corps thyroïde en général. Cette évolution légèrement déviée de son type normal produit :

a) Dans l'hypertrophie simple ou goitre hypertrophique l'augmentation essentielle et numérique de tous les éléments de la glande, avec conservation de la fonction physiologique.

b) Par vieillissement et sclérose l'atrophie et la dégénérescence des éléments glandulaires.

2° Goitres dépendant d'une néoplasie bénigne : ces néoplasies se manifestent par la prolifération d'éléments cellulaires embryonnaires oubliés dans le tissu inter-acineux par l'évolution de la glande. Ces adénomes peuvent aboutir à deux types :

a) Le type fœtal caractérisé par la production de tubes et follicules glandulaires ainsi que d'une circulation lacunaire qui font de ces goitres de véritables corps thyroïdes embryonnaires.

b) Le type adulte caractérisé par la production de matière colloïde en excès et le type radiaire sans anastomose de la circulation.

Un chapitre est consacré à la microbiologie du goitre. On trouve dans les tissus des microbes atténués, surtout des staphylocoques auxquels l'auteur est disposé à reconnaître une influence dans les hypertrophies rapides survenant à la suite d'infections variées. A. CARTAZ.

Ein Fall von Struma intrathoracica, par WIESMANN (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 1, *p.* 23, 1er *janvier* 1893).

Exemple, peut-être unique, de goitre intra-thoracique sans connexion avec un goitre cervical.

Homme de 56 ans ayant eu toute sa vie de la gêne respiratoire. Quelques mois avant sa mort, il survint de véritables accès de suffocation. Le malade ne pouvait respirer qu'en ayant le haut de corps et la tête fortement inclinés

en avant ; sa respiration était bruyante et sifflante à l'inspiration. Cou très court ; à droite du larynx, petit goitre, dur, gros comme une noix. Matité à partir de l'échancrure sternale, descendant de chaque côté du sternum et se confondant en bas avec la matité cardiaque. Wiesmann fit le diagnostic de goitre intra-thoracique, en se basant sur l'ancienneté des troubles respiratoires, la configuration de la matité et la compression de la trachée. L'iodure de potassium à hautes doses et les vessies de glace amenèrent quelque soulagement. Dans les derniers temps, apparut de la dysphagie. Mort par marasme dû à l'alimentation insuffisante.

Autopsie. Médiastin antérieur rempli par une tumeur, ayant presque le volume des deux poings, s'étendant de l'échancrure sternale jusqu'à la bifurcation de la trachée et placée à cheval à la fois sur cette bifurcation et sur le péricarde. Cette tumeur n'était autre qu'un goitre ovoïde ayant partiellement subi la dégénération kystique.

Sur le côté droit du larynx était implanté un goitre, du volume d'une noix, entièrement calcifié, et complètement séparé de la tumeur intra-thoracique avec laquelle il n'offrait aucune connexion de tissu. La trachée, réduite à un ruban plat, décrivait une courbe considérable autour du côté droit de la grosse tumeur qui présentait à ce niveau une gouttière. Une moitié de cette tumeur se trouvait en avant et à gauche, l'autre en arrière et à gauche de la trachée. L'œsophage longeait la face postérieure de la tumeur intra-thoracique ; il était également dévié latéralement et dilaté en diverticule à sa partie supérieure. Pas de déviation rachidienne. J. B.

Thyreoidectomy in the treatment of Grave's disease, par PUTNAM (*New York med. jour., p.* 191, 12 *août* 1893).

Chez une jeune femme atteinte depuis neuf mois d'une maladie de Grave, et porteur d'un goitre assez volumineux, Putnam enleva le lobe droit et l'isthme presque tout entier. Pendant et après l'opération le pouls de la malade resta rapide, et durant plusieurs jours la malade fut dans un état de prostration extrême : elle guérit cependant. Actuellement, au bout de six mois, il y a une amélioration réelle de l'état de cette malade, mais elle est loin d'être guérie. Le lobe gauche du corps thyroïde n'a point diminué de volume, et paraît prendre encore un accroissement vasculaire. La malade, presque aphone après l'opération, a recouvré aujourd'hui sa voix naturelle.

MAUBRAC.

Angeborene Oberlippenfistel (Fistule congénitale de la lèvre supérieure), par G. FEURER (*Arch. f. klin. Chir., XLVI*, 1).

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, portant depuis sa naissance une fistule borgne dont l'orifice extérieur siège sur le bord libre de la lèvre supérieure, à droite de la ligne médiane, et dont le trajet se dirige directement de bas en haut et d'avant en arrière, si bien que, tandis que l'orifice extérieur est très rapproché de la peau, le cul-de-sac terminal se trouve au contraire immédiatement sous la muqueuse au niveau de son point de réflexion sous le maxillaire supérieur. Cette fistule sécrète d'une façon continue un liquide semblable à la salive. Extirpation complète et guérison.

Ces fistules sont très rares. Elles s'expliquent par le même mécanisme que les becs-de-lièvre, c'est-à-dire défaut de coalescence complète des parties qui constituent le massif maxillaire supérieur. C'est ce que confirme l'examen histologique de la fistule excisée. REBLAUB.

Zur Pathologie und Therapie der Fistula colli congenita, par KAREWSKI (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXII*, 2).

Karewski rapporte 14 cas de fistules congénitales du cou et 6 cas de dermoïdes de la même région. De ces 14 fistules, 8 sont incomplètes et 6 complètes.

Il se rattache, quant à leur étiologie, à la théorie généralement admise, qui admet que les fistules congénitales du cou sont les restes de la deuxième fente branchiale et que les dermoïdes profonds du cou proviennent de la fermeture anormale des fentes branchiales ou du sinus cervical.

Il décrit avec soin les rapports de ces fistules avec les vaisseaux et les nerfs du cou et regarde l'extirpation avec le bistouri comme l'opération la plus sûre et en même temps la plus rationnelle. ÉD. RETTERER.

Ueber Echinococcus des Halses (Kystes hydatiques du cou), par Paul GÜTERBOCK (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLV*, 4).

A l'occasion d'un malade, atteint de kyste hydatique suppuré du sterno-mastoïdien, P. Güterbock a recherché tous les cas publiés de kyste hydatique de la région cervicale. Il en a réuni 26 cas. Ces tumeurs sont assez rares ; la région cervicale occupe la dernière place au point de vue de la fréquence des kystes hydatiques. Leur diagnostic est parfois délicat, et on les confond volontiers avec des ganglions tuméfiés ou caséifiés avec des lipomes ou des sarcomes. Les symptômes sur lesquels on peut s'appuyer pour arriver au diagnostic sont : la semi-transparence, le frémissement hydatique qui existe parfois, l'existence de kystes hydatiques en d'autres régions du corps, le développement rapide de la tumeur jusqu'alors très limitée et indolente. Un fait intéressant à noter, c'est la localisation de la tumeur sur le bord externe du muscle sterno-mastoïdien ; cela s'explique parce que les kystes hydatiques du cou ont le plus souvent leur point de départ dans la gaîne des gros vaisseaux du cou. La ponction exploratrice n'a pas grande valeur, ni au point de vue du diagnostic, ni au point de vue du traitement. Ce dernier doit consister dans l'extirpation du kyste, et, si celle-ci n'est pas possible, dans une large incision suivie du drainage. REBLAUB.

Glossite basique latérale droite à marche insolite, par J. BRAULT (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 516, *juillet* 1893).

R., 23 ans, sujet robuste, entre à l'hôpital, le 1er mars, pour une angine folliculaire aiguë accompagnée de phénomènes fébriles et aigus.

Deux jours plus tard, légère exulcération à droite, sur la base de la langue, au-dessous de laquelle se sent un noyau induré se prolongeant dans l'épaisseur des muscles linguaux.

L'angine peu à peu se guérit, mais l'induration augmente, elle gagne le plancher de la bouche. Quelques ganglions sous-maxillaires roulent sous le doigt.

On diagnostique glossite basique localisée. Celle-ci s'améliore et avait presque disparu complètement lorsque l'on constate l'apparition d'un empâtement de toute la région sus-hyoïdienne latérale qui, deux jours plus tard, donne lieu à un foyer purulent au-dessous et en arrière de la loge sous-maxillaire. Incision à 1 centimètre au-dessous de la corne de l'os hyoïde.

C'est au-dessous de l'aponévrose que le doigt entre dans une excavation profonde d'où il sort quelques gouttes de pus mêlées avec des détritus grisâtres à odeur extrêmement fétide. Le petit doigt enfoncé dans la plaie, pénètre profondément et obliquement au-dessous et derrière la région sous-maxillaire, dans le trajet qui mène directement à la base de la langue. La loge sous-maxillaire incisée ne renferme aucune collection.

Il persiste de l'induration entre le conduit laryngo-trachéal et le sterno-mastoïdien jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule. On peut, en pressant à ce niveau, faire refluer un peu de pus. Une contre-ouverture sur la sonde cannelée est faite au point le plus déclive à environ 1 centimètre de la ligne médiane.

La guérison s'est faite rapidement.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur, dans un cas semblable, n'hésiterait pas, malgré le peu de douleur et l'absence de fluctuation nette, à ouvrir dès l'abord, le foyer lingual pour éviter toute diffusion, même lente. Si on arrivait quand la diffusion s'est produite, il faudrait préférer l'incision classique de la ligature de la carotide externe à l'incision transversale qui a été faite. F. VERCHÈRE.

Tuberculose gommeuse profonde de la langue, par CHAUFFARD (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 *février* 1893).

Chez un homme de 48 ans, ayant eu sans doute dans sa jeunesse une syphilis bénigne et atteint de tuberculose pulmonaire et laryngée avancée on constatait des lésions considérables de la langue. Le tiers antérieur était tuméfié, mamelonné, ligneux, et rempli par une tumeur dure, grosse comme une noisette; le sillon médian était fissurique : sur le bord droit il y avait une fissure grise, érosive. Le traitement à l'iodure n'améliora pas la situation ; le sillon médian se creusa, puis se termina en cratère, aboutissant à la tumeur gommeuse, qui s'affaissa et se vida ; les bourgeons de cette fissure devinrent jaunâtres ; dans la muqueuse rosée de la langue se développa un semis discret des points jaunâtres miliaires de Julliard. H. L.

Un corps étranger de la langue, par LEPAGE (*Bull. de la Soc. de méd. d'Angers*, *p.* 12, 1893).

A la suite d'une chute de cheval, un homme est atteint de contusions multiples et, en outre, de plaie de la langue. La guérison obtenue, il persiste une induration de la grosseur d'une amande au côté gauche de la langue. Trois mois après l'accident, deux mois après la guérison, on aperçoit sur la partie indurée un point blanc. Après ouverture à ce niveau, on extrait une première molaire presque entière. LEFLAIVE.

69 Fälle von Zungencarcinom (69 cas de cancers de la langue), par Willy SACHS (*Arch. f. klin. Chir., XLV*, 4).

Willy Sachs a soumis à une analyse soigneuse toutes les observations des malades, au nombre de 69, traités à la clinique de Kocher, à Berne, pour des cancers de la langue, depuis l'année 1872 jusqu'à l'année 1889. Il en tire prétexte pour discuter toutes les questions litigieuses touchant cette affection.

Sur ces 69 malades, 66 appartiennent au sexe masculin ; la proportion des femmes aux hommes est donc de 1 à 22, ce qui diffère sensiblement de la moyenne des autres statistiques qui est de 1 à 7. L'auteur cherche sans succès la raison de cette différence et de cette prédominance du

sexe masculin; dans plus de la moitié des cas, les malades n'ont pu rapporter leur affection à aucune cause immédiate; celles qui sont invoquées le plus fréquemment sont le tabac, les aspérités des dents et des traumatismes. Quant à l'hérédité, elle n'a pu être établie que dans 4 cas.

Au point de vue anatomo-pathologique, le point intéressant, c'est que dans tous les examens histologiques on a trouvé de l'épithélium pavimenteux, quelle qu'ait d'ailleurs été la forme clinique initiale du cancer. Quant au point de départ, il semble que le plus souvent l'affection a débuté dans l'épithélium de la surface, exceptionnellement dans l'épithélium glandulaire.

Au point de vue clinique, l'auteur insiste sur la rareté de l'extension du cancer à la totalité de la langue; l'affection est le plus souvent localisée à un des bords de la langue, de préférence le bord gauche; le dos de la langue est rarement le siège du cancer. Ce dernier apparaît au début sous des formes extrêmement variées, nodosité, crevasse, épaississement, ulcération, etc. Dans tous les cas, ces formes ont abouti très rapidement à l'ulcération; de même, dans la majorité des cas, 62,1 0/0, les parties voisines ont été rapidement envahies. L'infection ganglionnaire est le plus souvent notée dès le début, et fort souvent elle appelle l'attention du malade avant le cancer de la langue. Quant aux symptômes, ils ont été presque toujours les symptômes classiques; il est à noter que dans la majorité des cas l'état général du malade ne paraissait pas sérieusement atteint.

Au point de vue du traitement, 58 malades ont subi une intervention chirurgicale dirigée contre le cancer lui-même, les 11 autres n'ont pas subi d'opération ou ont été soumis à un traitement palliatif. Les interventions radicales ont donné une mortalité opératoire de 10,5 0/0, soit 6 morts. Ces décès, causés tous par une pneumonie, se répartissent de la façon suivante sur les différents procédés opératoires : opérations par la bouche, au nombre de 18, mortalité de 5,5 0/0; avec section préalable de la joue, au nombre de 2 0/0; avec résection préalable de la mâchoire, au nombre de 22, 19 0/0; par voie sous-maxillaire suivant le procédé de Kocher, au nombre de 15, 8,3 0/0. D'après ce tableau il faudrait conclure, d'après l'auteur, que la voie sous-maxillaire, qui permet les interventions les plus étendues, donne la mortalité la moins considérable. Quant aux résultats définitifs, l'auteur a pu recueillir des renseignements sur 38 des malades qui ont survécu. Sur ce dernier nombre, 25 ont récidivé, soit 65,7 0/0; 13 sont restés sans récidive, soit 34,30. Parmi ces derniers, 8 sont opérés depuis 2 à 8 ans; les autres opérations datent seulement d'un an. Quand le cancer a récidivé, cette récidive est toujours survenue avant la première année. REBLAUB.

De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par Ulysse BOUSQUET (*Thèse de Paris*, 1893).

La gastrostomie est la meilleure opération palliative dans le cas de cancer de l'œsophage, mais sous condition formelle qu'elle soit faite alors que le malade n'est pas épuisé par une cachexie prolongée.

Lorsque l'intervention n'exige pas une alimentation immédiate par la fistule, l'opération devra être faite en deux temps. Un premier temps, la gastropexie, qui rend parfois à elle seule la déglutition possible et cette

amélioration dans des cas urgents permet de remettre à plus tard l'ouverture de l'estomac. Celle-ci constitue le dernier temps de l'opération réglée.

On évitera l'issue des liquides de l'estomac et les accidents consécutifs à cette insuffisance de la fistule en faisant cette ouverture à l'aide d'un ténotome ou d'un bistouri très étroit, et en lui donnant des dimensions aussi petites que possible, 3 ou 4 millimètres, au maximum. La sonde à demeure doit être abandonnée ; cet instrument ne sera introduit qu'au moment de l'alimentation. F. VERCHÈRE.

Perfectionnements à l'instrumentation pour le traitement des rétrécissements de l'œsophage par l'électrolyse et la dilatation, par LACAILLE (*Journ. méd. Paris*, 5 *mars* 1893).

1° L'électrolyse, que E. Bœckel fut l'un des premiers à employer en 1879 pour franchir les rétrécissements de l'œsophage a été appliquée heureusement dans un de ces cas par Lacaille, qui a fait construire à cet effet des explorateurs, un électrolyseur et des dilatateurs spéciaux.

Ce rétrécissement, porté par un homme de 50 ans, datait de 6 ans et n'avait pu être dilaté par le dilatateur de Verneuil. Trois séances d'électrolyse négative ont permis de le franchir et au bout de vingt jours de dilatation progressive, la plus grosse sonde œsophagienne passait librement.

2° Dans une seconde observation, qui concerne une femme de 66 ans, le rétrécissement très serré ne laissait passer que des liquides, à cause de violentes et fréquentes quintes de toux, accompagnées de vomissements, on n'a pas eu recours à l'électrolyse, mais à la dilatation progressive qui, au bout d'une douzaine de séances, a permis le passage de sondes de gros calibre. OZENNE.

Sur le traitement chirurgical des rétrécissements du pylore, par E.-S. PERMAN (*Nordiskt med. Arkiv*, *XXV*, 21).

P. a opéré quinze malades atteints de rétrécissement du pylore, deux cicatriciels, treize cancéreux. Les deux premiers restent bien guéris après dix-huit et dix-neuf mois. Des treize autres, deux sont morts d'épuisement après dix-sept heures et cinq jours ; un troisième, de pneumonie au quatrième jour ; un quatrième, de collapsus après seize heures ; trois de péritonite par perforation.

P. a employé quatorze fois le procédé de Woelfler, une fois la méthode de Hacker. Il croit préférable pour la majorité des cas de substituer la gastro-entérostomie à la résection du pylore. A. CARTAZ.

Note sur l'extirpation d'une tumeur de l'estomac par pylorectomie suivie de guérison, par Maurice POLLOSSON (*Lyon méd.*, 24 *septembre* 1893).

Homme de 32 ans. Début des troubles digestifs en janvier 1893, sans aucun antécédent à noter. Vomissements, de deux heures à plusieurs jours après l'ingestion. Peu à peu survinrent les désordres de l'inanition prolongée, avec perte absolue des forces. Le diagnostic fut : obstruction du pylore par un néoplasme.

Opération le 14 avril, après lavages de l'estomac et anesthésie à l'éther. Laparotomie. Incision de l'estomac sur la paroi antérieure parallèlement à l'axe. Au niveau du pylore on sent une petite induration. Pylorectomie ; ablation d'une longeur de huit centimètres. Suites simples, guérison rapide.

Retour des forces, de l'embonpoint. Plus aucun trouble de la digestion.

A l'examen, la tumeur est constituée par une prolifération épithéliale diffuse et atypique, partie des glandes pyloriques et de la tunique musculaire.

A. CARTAZ.

La gastro-entérostomie en France et ses résultats, par Ch. TROGNON (*Thèse de Paris*, 1893).

Des différentes opérations proposées pour remédier à la sténose du pylore, la gastro-entérostomie est celle qui est la plus rationnelle et qui a les indications les plus étendues. Elle est palliative dans le cancer, curative dans les cas de rétrécissement fibreux.

Chez les cancéreux, elle doit être précoce, avant que les progrès de l'affection aient mis le malade dans un état d'affaiblissement voisin de la cachexie. Les insuccès publiés sont attribués à ce retard opératoire.

Au point de vue opératoire, on emploie la méthode de von Hacker ou de Wœlfler, en ouvrant les viscères le plus tard possible. Pour obtenir ce résultat, c'est au procédé de Terrier qu'il faut avoir recours.

La nécessité des opérations complémentaires proposées dans le but d'éviter le reflux de la bile dans l'estomac et l'accumulation des matières dans le cul-de-sac duodénal n'est pas démontrée.

D'après les statistiques, la gastro-entérostomie est encore une opération grave. Elle deviendra plus bénigne lorsque le manuel opératoire sera suffisamment perfectionné, lorsqu'enfin le chirurgien sera appelé à intervenir en temps opportun. F. VERCHÈRE.

De la gastro-entérostomie, par WILHEM (*Thèse de Nancy*, 1893).

La gastro-entérostomie est une opération palliative pour la sténose néoplasique du pylore, et radicale pour la sténose cicatricielle de cet organe. Elle doit être préférée dans le premier cas à la pylorectomie qui a des indications plus restreintes, et dont la mortalité est plus élevée; dans le second cas, elle entre en parallèle avec la pyloroplastie.

Dans le cancer, la gastro-entérostomie doit être faite aussi précoce que possible. Une contre-indication absolue de cette opération est la généralisation du néoplasme. L'anastomose doit porter aussi haut que possible sur l'intestin. Le meilleur procédé est l'anastomose jéjuno-stomacale.

Pour éviter les accidents de compression du côlon transverse, la méthode de von Hacker devra être préférée à celle de Wœlfler, sauf indication spéciale.

En cas de rétrécissement néoplasique, la bouche gastro-intestinale doit être placée aussi loin que possible de la lésion cancéreuse, les accidents de sténose pouvant reparaître à la suite de l'envahissement ultérieur de l'anastomose gastro-intestinale.

La suture la plus avantageuse est la suture par étages à fils séparés ou continus avec arrêt tous les deux ou trois points.

Le procédé de Senn n'a pas donné jusqu'à présent de résultats suffisamment concluants.

La nécessité de la duodéno-jéjunostomie, opération complémentaire proposée pour empêcher le reflux de la bile et du suc pancréatique dans l'estomac, n'est pas démontrée.

Etudiant 123 observations dans lesquelles les résultats sont nettement indiqués, Wilhelm, cherchant à déterminer les causes de mort les plus fréquentes, trouve que la cachexie a été observée 20 fois, l'inanition et l'étranglement 10 fois, la péritonite 13 fois, la pneumonie 6 fois, l'hémorragie de l'estomac et de l'intestin 3 fois, la mort subite 2 fois.

D'après 219 opérations que l'auteur rapporte dans sa thèse, la mortalité générale est de 53.3 0/0.

Dans le rétrécissement fibreux, la mortalité est excessivement minime (11 observations, 10 guérisons, 1 insuccès par faute opératoire) ; dans le cancer, bien que les dangers inhérents à la gastro-entérostomie soient les mêmes, la mortalité est assez élevée : résultat dû sans nul doute à l'état général des cancéreux et aux difficultés opératoires qu'on rencontre chez eux.

Les résultats éloignés sont relativement favorables :

Avec les 123 observations où la survie est bien indiquée, l'auteur a établi le tableau suivant :

24	opérés : survie de moins de 8 jours.	19,41 0/0.
9	— — — de 8 jours à 1 mois. .	7,31 0/0.
5	— — — de 1 mois à 3 mois . .	4,20 0/0.
7	— — — de 3 mois à 6 mois . .	5,68 0/0.
8	— — — de 6 mois à 12 mois .	6,50 0/0.
70	— — — de 12 mois et au-delà.	56,90 0/0.

La moyenne de survie est d'environ 5 à 6 mois. Mais si la guérison n'est que temporaire, le bénéfice qu'en retire l'opéré n'en est pas moins réel et suffit à justifier l'opération chez les cancéreux dont les jours sont comptés.

MAUBRAC.

Du traitement chirurgical des tumeurs de l'intestin. Anus contre nature et entéro-anastomose, par BOIFFIN (*Revue de chir.*, n° 11, *p.* 923, 1893).

Chez une femme de 50 ans, atteinte d'une tumeur intestinale provoquant des troubles digestifs accentués et un état cachectique, Boiffin fit la laparotomie et trouva un néoplasme englobant le cæcum et le côlon ascendant et absolument impossible à enlever. Il pratiqua séance tenante une iléo-côlostomie unissant une anse d'intestin grêle à 25 centimètres environ de la tumeur et la partie moyenne du côlon transverse. Les anses furent accolées par deux plans de sutures en surjet à points passés suivant le procédé de Doyen. Le résultat de l'opération fut excellent, les coliques, les douleurs abdominales disparurent, les forces et l'embonpoint revinrent peu à peu et sept mois après l'intervention, malgré un état cachectique avancé il n'y avait eu aucun accident intestinal.

Boiffin ajoute à cette observation personnelle dix autres cas d'anastomose intestinale pour tumeurs de l'intestin et résume ainsi cette étude :

L'intervention doit être précoce dans le traitement des tumeurs de l'intestin; elle doit autant que possible se faire en dehors des accidents d'obstruction intestinale, avant leur apparition.

L'entérectomie suivie d'entérorraphie sera appliquée dans le cas de tumeur petite, isolable et sans infection ganglionnaire lointaine.

Dans le cas de grosse tumeur inopérable, avec infection ganglionnaire

étendue, l'intervention de choix sera l'entéro-anastomose pure, en un temps.

Le procédé de la suture à double étage, en surjet à points passés, est relativement rapide, facile et sûr; procédé de choix.

Si l'entéro anastomose est contre-indiquée par les accidents d'obstruction, par l'état général, ou par l'âge du sujet, on se résignera à établir un anus contre nature qui pourra n'être que temporaire. C. WALTHER.

Ueber Enteroplexie, par RAMAUGÉ (*Wiener med. Presse*, 15 *octobre* 1893).

Peut-on remédier à une solution de continuité de l'intestin sans aiguille ni fil? Oui, répond Ramaugé, au moyen de l'intervention qu'il dénomme entéroplexie et qui consiste à mettre en contact les deux bouts intestinaux au moyen de l'entéroplex, une sorte de double bague en aluminium dont il donne la description accompagnée de figures et d'une représentation schématique de la coaptation des deux bouts de l'intestin. L'entéroplex est introduit dans la lumière même de l'intestin où il reste à demeure sans que sa présence détermine d'accidents; puis lorsque la réunion sera accomplie il tombera naturellement dans l'intestin pour être ensuite entraîné au dehors avec le bol alimentaire.

R. a fait sur des animaux une série d'expériences qu'il résume ici. Voici les conclusions de son travail : l'entérorraphie est une opération longue, difficile, à mortalité très grande; l'entéroplexie est une opération que chacun peut faire rapidement et qui conduit à une guérison complète; la cicatrice intestinale qui en résulte est petite, linéaire et ne provoque aucune stricture de la lumière intestinale; par son poids, sa forme, son volume, l'entéroplex est sans danger pour l'intestin d'où il est du reste aisément expulsé avec les matières fécales; les indications de l'entéroplexie dans la chirurgie de l'intestin sont nombreuses; les expériences sur les animaux ont donné de remarquables résultats relativement à la sûreté de la méthode. CART.

Contribution à l'étude du cancer de l'intestin. Cancer de l'intestin chez les adultes de 20 à 30 ans, par J.-A. BRACQUE (*Thèse de Paris, n°* 285, 1893).

De 20 à 30 ans, le cancer de l'intestin est assez rare; il se rencontre surtout chez les hommes.

Il ne diffère pas au point de vue anatomo-pathologique du cancer développé à un âge plus avancé. A part les hémorragies intestinales qui sont très rares, il donne lieu aux mêmes symptômes. Son évolution est manifestement plus rapide.

La difficulté de déterminer le diagnostic, lorsque le malade ne présente pas de tumeur et est âgé de plus de 30 ans, est encore accrue lorsqu'il a moins de 30 ans, son jeune âge tendant à faire éliminer l'idée du cancer. F. VERCHÈRE.

Die stricturirende Tuberculose des Darmes und ihre Behandlung, par KŒNIG (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XXXIV, p.* 65).

Kœnig rapporte 5 observations dans lesquelles il est intervenu pour des rétrécissements tuberculeux de l'intestin par la laparotomie. Il a pratiqué 5 fois la résection intestinale ; il donne les dessins des parties réséquées

dans 3 de ces faits. Il a eu deux morts, l'une par collapsus sans péritonite, l'autre par péritonite consécutive à une perforation au niveau de la ligne des sutures. Des 3 guérisons, l'une a déjà deux ans de date, ce qui prouve surabondamment que l'intervention chirurgicale est parfaitement légitime et toujours indiquée. Les 2 autres survécurent et les malades vont très bien, quoique l'une des opérées soit une femme de plus de 50 ans.

Cette sténose tuberculeuse de l'intestin constitue une forme clinique très caractéristique et cette localisation de la tuberculose présente un réel intérêt chirurgical ; car, ici, ce qui domine, c'est le rétrécissement par épaississement et rétraction cicatricielle de la paroi de l'intestin. Les pièces qui proviennent des opérations de Kœnig montrent qu'il s'agit bien là de lésions tuberculeuses et que le doute n'est pas possible ; sur toutes, la muqueuse présente des élévations transversales typiques, entourées de tissus lardacés et de brides irrégulières. Ces rétrécissements sont en général très serrés et assez étendus ; naturellement, l'intestin est dilaté au-dessus de sa paroi hypertrophiée au niveau de cette ampoule. L'hypertrophie porte sur la couche musculaire ; au-dessous, au contraire, le tube intestinal est atrophié.

Parmi les symptômes de cette variété de rétrécissement intestinal, Kœnig relève l'existence de crises douloureuses qui, pour lui, seraient spéciales à cette affection. Il y aurait, lorsqu'elles se produisent, d'abord un arrêt des matières à l'entrée du point rétréci, avec ballonnement du ventre et tympanisme dans une partie de la cavité abdominale. Puis, cessation subite des accidents avec production d'un bruit caractéristique indiquant le rétablissement des fonctions de l'intestin ; dans le rétrécissement cancéreux, la crise serait moins aiguë, sa disparition moins rapide, parce que dans ce cas il n'y a pas d'hypertrophie de la musculeuse au-dessus du point rétréci. Mais, en somme, le diagnostic de tuberculose ne peut guère être porté que si d'autres indications symptomatiques viennent mettre sur la voie. On n'oubliera pas que ces formes localisées surviennent surtout chez des sujets jeunes.

MARCEL BAUDOUIN.

A case of ileo-colic implantation, etc., par DAVIES COLLEY (*Guy's hosp. Rep., XLVIII*, p. 259).

Relation d'une opération faite pour remédier aux inconvénients d'un anus contre nature pratiqué à l'occasion d'une hernie étranglée et gangrénée. Le cæcum faisait saillie ainsi que le commencement du colon ascendant, e l'appendice vermiforme. L'étendue de la perte de substance ne permettait pas de fermer l'anus artificiel par la méthode de Dupuytren. L'auteur résolut d'établir une communication entre l'iléon et le colon ascendant, après avoir réséqué toute la portion cæcale herniée. La description de son procédé est donnée en grand détail, avec figures à l'appui : l'opération fut pénible et dura deux heures, rien que pour l'anastomose des deux portions des intestins. Les suites en furent régulières, bien qu'il passât encore par l'abdomen quelques matières fécales. Une seconde opération consista à réséquer les portions du cæcum et d'appendice vermiforme herniées. Là encore, il y eut pendant huit jours issue de matières stercorales, puis la fistule se referma ; mais il s'échappa pendant longtemps du liquide aqueux intestinal provenant

d'un cul-de-sac muqueux, qu'il fallut ultérieurement réséquer dans une troisième opération. Finalement, la guérison survint. H. R.

Du traitement des deux bouts de l'intestin réséqué au cours d'une opération, par THIRIAR (*Ann. Soc. belge de chir.*, 15 *juin* 1893).

Thiriar rapporte l'observation d'une femme atteinte d'une volumineuse tumeur fibro-cystique de la face antérieure de l'utérus, adhérente à tous les organes du voisinage. L'hystérectomie ne put être terminée qu'en réséquant l'S iliaque en entier et établissant un anus contre nature, qui fut plus tard suivi d'une entérotomie avec anaplastie pour supprimer l'infirmité.

A l'occasion de ce fait l'auteur discute la meilleure conduite à tenir dans les cas où il est nécessaire, au cours d'une opération, de réséquer une partie de l'intestin ou lorsqu'on doit obtenir l'occlusion d'un anus accidentel. Faut-il pratiquer l'entérorraphie immédiate dans le premier cas et dans le second, faut-il toujours faire la résection intestinale et la suture circulaire? Après examen de ces deux points il conclut ainsi :

Lorsque, dans une opération de longue durée, on est forcé de réséquer les intestins, l'établissement d'un anus contre nature, est presque toujours préférable à l'entérorraphie immédiate avec rentrée de la partie suturée dans le ventre.

Dans la plupart des cas d'anus contre nature, l'entérotomie avec anaplastie donne de meilleurs résultats que l'entérectomie. OZENNE.

Contribution à l'étude de l'appendicite par corps étrangers, par LE GUERN (*Thèse de Paris*, 1893).

La pénétration des corps étrangers dans l'appendice iléo-cœcal est une cause fréquente d'appendicite. Les corps étrangers le plus fréquemment rencontrés dans l'appendice sont les calculs stercoraux.

Les appendicites par corps étrangers guérissent spontanément dans environ la moitié des cas. Ce sont les appendicites simples ou pariétales.

Les appendicites avec abcès localisés, avec péritonite généralisée et avec rechutes fréquentes, ne guérissent pas spontanément, surtout les deux premières formes.

L'intervention chirurgicale doit être réservée aux abcès localisés, aux péritonites généralisées et aux appendicites à rechutes fréquentes. L'ablation de l'appendice est la seule opération qui assure au malade la sécurité pour l'avenir. L'ablation de l'appendice dans l'appendicite à rechute doit être, autant que possible, pratiquée dans une période d'apyrexie F. VERCHÈRE.

De la cholédochostomie, par TERRIER (*Revue de chir., n°* 2, *p.* 81, 1893).

Quatre observations réunies par Terrier constituent tous les éléments que nous possédions actuellement sur la cholédochostomie. Trois fois (Helferich, Ahlfeld, Yversen) le canal cholédoque très dilaté a été ouvert et fixé à la paroi, sans qu'on l'ait reconnu ; le diagnostic anatomique ne fut établi qu'à l'autopsie. Dans la quatrième observation, Winiwarter, au contraire, après la résection d'une vésicule cancéreuse remplie de calculs, fit de propos délibéré la cholédochostomie.

Tous les opérés sont morts, et il est encore impossible d'établir les indications de l'opération et de juger de sa valeur avec des éléments aussi insuffisants. C. WALTHER.

Réflexions sur le pronostic et le traitement des ruptures de la rate, à propos d'un cas suivi de guérison chez un paludique, par E. VINCENT (d'Alger) (*Revue de chir., n° 6, p.* 449 *et n°* 7, *p.* 579, 1893).

Chez un homme de 37 ans, paludique, atteint, à la suite d'une chute, d'une rupture de la rate, avec énorme épanchement de sang dans l'abdomen, la laparotomie pratiquée par Vincent, avec lavage à l'eau bouillie et drainage, donna un succès complet.

Reprenant l'étude des ruptures de la rate, Vincent se fonde sur un grand nombre d'observations qu'il a pu rassembler pour établir les signes et surtout les indications thérapeutiques.

Il est certain que les ruptures de la rate peuvent guérir, et sans doute bon nombre ont passé inaperçues.

La cause habituelle de la mort est l'hémorragie ; sur 100 faits accompagnés de détails d'autopsie, 76 fois l'épanchement de sang dans le péritoine a été considérable et la mort a pu être attribuée à l'hémorragie ; dans 11 cas, la quantité de sang n'est pas notée et dans 13 cas seulement il y a bien eu aussi hémorragie, mais la mort a paru être le résultat d'une autre complication, pneumonie, rupture du cœur, pleurésie, péritonite, etc.

La survie n'est malheureusement pas de longue durée, et bien souvent ne laisse pas le temps d'intervenir. Dans 75 0/0 des cas où la survie est indiquée, elle a été de 24 heures au maximum, et dans 25 seulement les malades ont survécu deux ou plusieurs jours. Dans les 58 cas où la mort a eu lieu pendant les premières 24 heures, 37 fois il y a eu mort subite ou rapide, 4 fois au bout de 2 heures et 17 fois de quelques heures à 24 heures.

Chez les 17 malades qui ont survécu de 2 à 24 heures, l'intervention eût elle pu donner quelques résultats ? Cela est fort douteux, à cause de l'état général des malades (fièvre intermittente, fièvre typhoïde), alors même qu'un diagnostic précoce et sûr eût conduit à l'opération. De même, chez les malades qui ont survécu plus de 24 heures, bon nombre étaient atteints de fièvre typhoïde, de fièvre palustre grave, et 13 fois seulement (8 morts par hémorragie et 5 morts par péritonite), on aurait pu intervenir utilement.

Le traitement doit consister dans la compression générale de l'abdomen pour combattre l'hémorragie, mais surtout dans la laparotomie pour évacuer le sang épanché et tâcher d'en arrêter la source, soit par le tamponnement iodoformé, soit par la cautérisation ou même par la splénotomie.

C. WALTHER.

Splenectomia per milza mobile ipertrofica da malaria, par C. GANGITANO (*La Riforma medica, p.* 325, 3 *août* 1893).

Femme de 36 ans, atteinte de fièvres intermittentes tenaces depuis un an; tumeur du volume d'un rein, occupant la fosse iliaque droite et se prolongeant vers le petit bassin, avec un bord tranchant et dur éveillant l'idée de la rate ; cette tumeur pouvait être déplacée facilement dans tous les sens. Laparotomie, ablation de la tumeur qui est bien la rate et qui, une fois exsangue, pèse 1.050 grammes; le 3e jour, accès de fièvre pernicieuse traité et guéri par les injections de bichlorure de quinine ; suites opératoires normales ;

onze mois après l'opération, accouchement à terme. L'auteur résume les 39 splénectomies pratiquées en Italie. GEORGES THIBIERGE.

De la réunion immédiate après l'opération de la fistule anale, par BAZY (*Union médicale*, 18 *mai* 1893).

Bazy emploie son procédé également dans les fistules extra ou intra sphinctériennes. Il consiste à placer les fils avant de toucher à la fistule. Il embroche la fistule avec une forte sonde cannelée qui ressort par l'anus, incise la muqueuse et la peau le long de la sonde, place ses fils avec une sorte aiguille courbe, très rapprochés, excise le trajet fistuleux autour de la sonde cannelée, puis noue les fils. H. L.

Sur la tuberculose anale, par HARTMANN (3e *Cong. tuberc.*, *Mercredi méd.*, 9 *août* 1893).

Hartmann, qui a noté 23 fois des signes non douteux de tuberculose pulmonaire sur 48 malades atteints de fistules, qu'il a opérées, admet que le rapport entre la tuberculose pulmonaire et la fistule anale est bien établi.

Au sujet de la nature de ces fistules, les recherches bacillaires qu'il a entreprises lui permettent de regarder l'abcès tuberculeux de l'anus et la fistule comme le résultat d'une inoculation locale de bacilles apportés par les fèces. Ces fistules doivent être opérées, ce qui a pour résultat, sinon d'amener constamment la cicatrisation, du moins de supprimer les accidents septiques surajoutés et d'améliorer l'état général. C'est ce que l'auteur a observé sur 154 opérations pratiquées dans le service de Terrier, et non suivies de généralisation. OZENNE.

Contribution à l'étude des résultats éloignés de la rectopexie, par LEJARS (*Gaz. des hôpit.*, 13 *juin* 1893).

Depuis 1890 on a pratiqué un certain nombre de rectopexies pour prolapsus. Sur 9 cas dont les résultats éloignés sont connus, on compte 2 récidives et 7 guérisons : cinq fois sur ces 7 derniers cas il s'est reproduit un léger prolapsus muqueux, d'ailleurs aisément curable. Lejars en rapporte une nouvelle observation concernant un homme de 39 ans, qu'il a opéré il y a dix-sept mois. Or depuis cette époque le prolapsus n'a pas récidivé, et, malgré un léger bourrelet muqueux faisant hernie dans les grands efforts, cet homme peut soulever et porter des charges assez grosses sans en être incommodé. Il ressort de là pour l'auteur que, dans les prolapsus qui ne dépassent pas 7 à 8 centimètres, alors que le sphincter a conservé sa tonicité, la rectopexie inférieure, plus ou moins complexe, toujours bénigne est susceptible de procurer d'excellents résultats et des guérisons définitives. OZENNE.

I. — Contribution à l'étude du traitement des hémorroïdes (procédé de Whitehead-Delorme), par MARTIN (*Thèse de Paris*, 1893).

II. — La cure radicale des hémorroïdes (procédé Whitehead-Delorme), par MATIGNON (*Arch. clin. Bordeaux*, *septembre* 1893).

III. — Le traitement chirurgical des hémorroïdes et en particulier de l'extirpation suivie de suture, par MEESEMAECKER (*Thèse de Paris*, 1893).

I et II. — Chez certains malades, dont les hémorroïdes sont volumineuses, il arrive parfois des complications qui compromettent la santé générale. Le meilleur moyen est d'en tenter la cure radicale ; c'est à cette intention que Whitehead a préconisé un procédé opératoire qui, depuis quelques années, s'est bien vulgarisé. Delorme lui a fait subir quelques modifications, et, telle qu'il l'applique, l'opération comprend quatre temps : dilatation du sphincter; section circulaire de la muqueuse au pourtour de l'anus ; dissection et ablation du manchon rectal doublé de ses hémorroïdes, surtout au niveau du sphincter externe avec conservation intégrale de ce sphincter et du sphinter interne; enfin, réunion exacte de la muqueuse rectale par des sutures à anses et à points passés avec la peau.

Cette opération donne de bons résultats locaux et généraux que l'on a constatés plusieurs mois après l'ablation ; le sphincter conserve sa tonicité, les douleurs ne reparaissent pas et la santé générale redevient excellente. Chez ces opérés, on n'a pas noté de prolapsus de la muqueuse. Ajoutons toutefois qu'on ne pourra juger la valeur de cette opération que lorsque les opérés auront été suivis pendant plusieurs années.

III. — Travail dans lequel on trouve quelques observations de cure radicale des hémorroïdes opérées par le procédé décrit par Reclus et un exposé des différents traitements chirurgicaux, suivi de quelques conclusions et représentant un court résumé d'un ouvrage récemment paru sur les hémorroïdes.

OZENNE.

De la suture des parois de l'abdomen après les laparotomies, par Émile DUPONT (*Thèse de Paris*, 1893).

L'auteur, s'appuyant sur les expériences de Pierre Delbet qu'il rapporte et qui démontrent histologiquement que la suture en masse des parois abdominales examinées au microscope après congélation et durcissement à l'alcool, ne laisse aucun espace mort dans l'épaisseur de ces parois, rapproche les différentes couches de cette même paroi les unes avec les autres. Après avoir rapporté un nombre considérable d'observations où cette suture fut pratiquée chez des opérées revues un long temps après, sans qu'il y eut éventration, après avoir par contre cité un grand nombre d'observations où, malgré la suture à trois étages, se produisit une éventration, il conclut que la suture en masse des parois abdominales permet un affrontement parfaitement exact des différents plans. Plus simple et plus rapide que la suture à trois étages, elle met tout aussi bien à l'abri de l'éventration.

F. VERCHÈRE

Sur les causes de l'action curative de la laparatomie dans les péritonites tuberculeuses, par J.-S. KOLBASSENKO (*Gaz. méd. de la Russie méridion.*, nos 12-14, 1893).

Kolbassenko attire l'attention sur les conditions suivantes : 1° L'excitation du péritoine par la déchirure des pseudo-membranes ; 2° la déchirure des soudures entre les anses intestinales voisines ; 3° l'évacuation de l'épanchement péritonéal et l'hyperémie consécutive de tous les organes

abdominaux ; 4° les lavages du péritoine avec les solutions de sublimé ou l'eau chaude stérilisée. Dans la partie expérimentale, l'auteur montre que le processus péritonéal chronique, caractérisé par l'absence de phagocytose et dû à l'action des bacilles tuberculeux atténués, peut être transformé, à la faveur de l'irritation et de l'action des agents extérieurs en un processus suppuratif aigu avec phagocytose active qui amène la destruction des bacilles ou tout au moins leur atténuation. En même temps les productions tuberculeuses subissent la fonte et la résorption. Ces résultats heureux des poussées aiguës provoquées artificiellement sur des lapins et des cobayes, expliquent suffisamment l'action curative de la laparotomie dans les péritonites tuberculeuses de l'homme.

H. FRENKEL.

Du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, par RŒRSCH (*Revue de chir.*, *n°* 7, *p.* 529, 1893).

Rœrsch apporte 11 observations nouvelles détaillées de laparotomie pour péritonite tuberculeuse et peut en ajouter en tout 50 résumées à la statistique d'Aldibert, la plus importante comprenant 322 cas, ou plutôt 308, en faisant abstraction de 14 cas dans lesquels l'intervention a été dirigée contre une occlusion survenue au cours de l'affection. Rœrsch obtient donc un total de 358 malades opérés pour péritonite tuberculeuse et sur lesquels 253 sont sortis avec la mention « guéri », soit 70 0/0 ; chez 118 (34 0/0), la guérison a été constatée après plus de six mois ; chez 70 (22,5 0/0) après plus d'un an, et chez 53 (15 0/0) après plus de deux ans.

83 cas se sont terminés par la mort, survenue 32 fois dans les jours qui ont suivi l'opération, 51 fois après des semaines ou des mois.

Après avoir étudié les diverses formes cliniques de la péritonite tuberculeuse et établi les résultats de l'intervention dans les différents cas, Rœrsch conclut franchement en faveur de l'intervention qui est très rarement nuisible et au contraire le plus souvent très utile ; la guérison peut être obtenue dans toutes les formes, dans toutes les variétés de la péritonite tuberculeuse. La gravité de l'état général, l'existence des lésions tuberculeuses extra-péritonéales très avancées paraissent être les vraies contre-indications.

La fin de ce travail est consacrée à la description de la technique opératoire, ponction, laparotomie, lavage du péritoine, drainage, etc., et à l'exposé des différentes théories émises pour expliquer le mécanisme de la guérison après la laparotomie. C. WALTHER.

Dell' ascite e del suo trattamento chirurgico colla laparotomia, par G. ARCELASCHI (*Il Morgagni*, *p.* 194, *avril* 1893).

Le véritable traitement de l'ascite, quand elle n'est pas due à une affection cardiaque ou rénale, est l'incision large ou la laparotomie. Cette opération est particulièrement indiquée dans l'ascite de la péritonite tuberculeuse et dans l'ascite chronique simple par péritonite, dans l'ascite due à la présence de tumeurs et dans l'ascite essentielle due à des troubles vaso-moteurs dans la sphère du sympathique abdominal ; peut-être trouve-t-elle une indication dans l'ascite due à la cirrhose hépa-

tique. La laparotomie peut souvent être directement curative ; en tous cas, outre qu'elle n'est pas beaucoup plus dangereuse qu'une ponction évacuatrice, elle est certainement plus efficace et constitue un moyen d'exploration de la cavité abdominale. Les facteurs qui concourent à la guérison de l'ascite sont nombreux : formation d'adhérences étendues consécutives à l'acte opératoire et aux moyens mécaniques que l'on emploie après l'opération, diminution de la pression et de la tension abdominale, action réflexe du traumatisme opératoire. Il est bon de faire, après l'opération, un drainage large et profond. Dans les ascites tuberculeuses, il peut être bon d'appliquer sur le péritoine de l'iodoforme pulvérisé et on peut remplacer le drainage par l'occlusion, surtout quand l'ascite est peu abondante. GEORGES THIBIERGE.

Laparotomie et ablation d'une tumeur kystique (cysto-adénome) du péritoine. Anus artificiel. Nouvelle laparotomie et résection du colon. Fermeture de l'anus artificiel. Guérison, par Page MAC INTOSH (*Americ. j. of the med. sc., p.* 545, *mars* 1893).

Ce malade présentait une tumeur circonscrite si égeant vers la ligne médiane entre la grande courbure de l'estomac et l'ombilic. La tumeur était mobile, mate à la percussion ; avec le doigt on obtenait de la succussion, la douleur était profonde et constante. On posa le diagnostic de kyste hydatique du foie ou de sarcome de l'épiploon. Une ponction donna un peu de liquide ressemblant à du sérum épaissi, visqueux et très albumineux. Pas d'échinocoque.

Le malade étant voué à une mort certaine, on tente l'intervention. Incision sur la ligne médiane du bord inférieur de l'estomac jusqu'à dix centimètres au-dessous passant à gauche de l'ombilic.

La tumeur cystique fut ponctionnée. Elle présentait l'aspect des cystoadénomes papillomateux. De tous côtés les adhérences les plus solides retenaient la tumeur. En un point le côlon adhérent se rompit, on le ferma avec deux pinces et on continua à libérer la tumeur. En arrière elle adhérait au rein, au niveau duquel se fit une hémorragie qu'on dut arrêter par la compression avec l'éponge et l'eau chaude, le thermocautère ne fut pas nécessaire. Le pédicule siégeait au niveau du grand épiploon. On fit la section entre deux ligatures et la tumeur fut enlevée, elle était du volume d'une tête d'adulte, lobulée, papillomateuse, formée d'un nombre infini de petits kystes. Lavages de la cavité abdominale à l'eau chaude.

La plaie de l'abdomen fut suturée. L'intervention avait duré près de trois heures. Choc et inconscience pendant plus de douze heures. Le lendemain vomissements.

Le troisième jour amélioration notable. Dans le pansement au niveau de la plaie se trouvent des matières fécales. Nausées et vomissements. Ventre ballonné. Au huitième jour on trouve le pansement couvert de matières fécales. On doit le refaire plusieurs fois dans la nuit. L'anus ne donne issue qu'à quelques gaz; toutes les matières passant par l'anus artificiel. Vers le vingt-cinquième jour le malade se plaint de douleurs vers le rectum, la toucher rectal ne révèle pas d'abcès. Rétention d'urine. Le trentième jour la douleur disparaît. Un mois plus tard on fait la cure radicale de l'anus artificiel. Nouvelle laparotomie. Les deux bouts de l'intestin sont disséqués derrière la paroi de l'abdomen et comme la tunique muqueuse était renversée et hypertrophiée, on résèque deux centimètres d'intestin à chaque extrémité. Puis suture de Lembert et suture du ventre. L'opération avait duré deux heures. Le malade a mieux supporté cette deuxième intervention et n'est resté dans le choc que trois heures. A 9 heures du soir il eut une

hémorragie abondante. On fait de nouveau l'anesthésie et on rouvre le ventre. On trouve l'origine de l'hémorragie dans une ligature lâchée de l'épiploon. Suture de la plaie. L'anesthésie a duré deux heures. De fréquentes injections sous-cutanées de whiskey sont nécessaires. Le troisième jour douleur violente dans le côté droit, vomissement. L'état reste dangereux, vomissements, ballonnement du ventre, irritation des parties suturées, issue de quelques gaz et matières fécales par la plaie pendant près d'un mois, puis tout rentre dans l'ordre et le malade est guéri trois mois après sa première opération. F. VERCHÈRE.

Die Radicaloperationen der nicht eingeklemmten Hernien in der Berner Klinik (Les opérations de cure radicale de hernie non étranglée), par Carl LEUW (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLVI*, 1).

Cette statistique comprend 106 malades atteints de 119 hernies, soit 88 hommes avec 101 hernies et 18 femmes avec 18 hernies ; quant à la nature de la hernie, il y avait 99 hernies inguinales, 13 crurales et 5 ombilicales ou épigastriques. Le plus jeune des opérés avait 9 mois, le plus âgé 71 ans. Les indications opératoires ont été fournies par le jeune âge du malade, auquel on a voulu éviter le port d'un bandage pour le reste de ses jours, l'état d'irréductibilité ou d'incoercibilité de la hernie, enfin le désir du malade d'être débarrassé de son infirmité, désir auquel le chirurgien n'a plus le droit de s'opposer, étant donnée l'innocuité de l'opération. Le procédé opératoire, employé dans tous ces cas, est celui qui est spécial à Kocher et dont la description a été maintes fois publiée. A noter que les malades se lèvent le 8e jour. Ces 119 cures radicales ont donné une seule mort qui n'est pas imputable à l'opération, le malade ayant succombé au bout de 15 jours à un infarctus double du poumon d'origine cardiaque. Les autres malades ont guéri soit par première intention (78 0/0), soit après une légère suppuration locale (22 0/0). Quant aux résultats définitifs, 84 malades ont pu être examinés ultérieurement ; 76 sont restés guéris après 1 à 13 ans, soit 80,8 0/0 ; 18 ont récidivé après une période qui a varié de 6 mois à 4 ans. Les deux grands facteurs de ces récidives ont été la suppuration locale, en particulier la suppuration des fils, et l'insuffisance de la fermeture de l'orifice herniaire ; deux récidives seulement étaient imputables aux dimensions primitives des hernies. Ajoutons que les opérés ne portent pas de bandage après la guérison. REBLAUB.

Die Hernien des processus vermiformis (Les hernies de l'appendice vermiculaire), par A. BRIEGER (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLV*, 4).

Brieger n'envisage que les cas dans lesquels l'appendice iléo-cœcal constitue, seul ou accompagné d'épiploon, le contenu de la hernie. Il a pu réunir 22 cas de ce genre, publiés depuis 1868, et y ajoute 2 observations inédites provenant de la clinique de Mikulicz, à Breslau. L'auteur distingue d'abord deux grandes classes de ces hernies : 1° celles dans lesquelles l'appendice se trouve seul ; 2° celles dans lesquelles il y a en outre de l'épiploon. Les premières peuvent être simplement irréductibles, ou au contraire étranglées. Dans les hernies simplement irréductibles, au nombre de 6, cette irréductibilité tenait à des adhérences avec le péritoine ou avec le cordon et le testicule. L'appendice

lui-même présentait le plus souvent des signes d'inflammation. Le diagnostic est impossible à poser avec certitude. Quant au traitement, c'est l'intervention opératoire qui s'impose ; l'appendice devra être simplement réduit s'il est normal, réséqué s'il présente des lésions quelconques. Quant aux hernies étranglées, les phénomènes d'étranglement peuvent être dus soit à une étroitesse de l'orifice herniaire, ce qui est rare, soit à des phénomènes inflammatoires consécutifs à la pénétration de particules stercorales ou de corps étrangers dans l'appendice. On trouve en pareil cas, du côté de l'appendice, toutes les modifications que l'on peut rencontrer dans les cas d'appendicite vulgaire ; cependant, la gangrène de l'appendice y est plus fréquente. Il ne saurait y avoir d'hésitation ; la résection de l'appendice s'impose dans ces cas. La mortalité opératoire a été de 4 sur 15, pour les hernies de cette catégorie. Enfin, les hernies vermiculo-épiploïques sont exceptionnelles ; l'auteur en a trouvé un cas dans la science et un autre inédit de Mikulicz. Ces cas ne s'expliquent que par l'existence d'une hernie primitivement épiploïque, dans laquelle l'appendice est venu se glisser ultérieurement. En résumé, l'auteur pense que les hernies de l'appendice iléo-cœcal sont plus fréquentes qu'on ne l'admet généralement, qu'elles sont d'un diagnostic difficile, qu'elles sont d'un pronostic sérieux en raison des accidents auxquels elles exposent et qu'elles nécessitent une intervention prompte. REBLAUB.

Hernie inguinale simultanée de la trompe utérine et de la vessie. Les hernies de la trompe, par LEJARS (*Revue de chir.*, *n°* 1, *p.* 12 *et n°* 2, *p.* 111, 1893).

Chez une femme de 39 ans, présentant tous les signes d'une hernie inguinale droite étranglée, Lejars trouva, en pratiquant la kélotomie, un sac herniaire plein de liquide rougeâtre, mais sans intestin ni épiploon : sur la paroi inférieure du sac rampait une sorte de cordon, d'un rouge foncé et noirâtre par places, qui se terminait en avant en s'épaississant, et, en arrière, se prolongeait jusque dans l'anneau. Ce cordon fut vite reconnu pour être la trompe, et, après débridement de l'anneau, la portion non étranglée de la trompe put être facilement attirée et liée. A quelques millimètres en avant de la ligature, elle fut coupée au thermo-cautère.

La trompe était bien réellement étranglée ; l'orifice central du pavillon était large et la moindre pression en faisait sourdre du muco-pus ; la paroi était épaissie, rouge hyperémiée : la surface séreuse était dépolie, noire par places et l'odeur fétide indiquait un sphacèle déjà avancé. Le contraste était très net entre cette portion herniée et la portion abdominale lisse et bien vivante. La trompe était seule sans l'ovaire ; elle était absolument libre dans le sac ; aucune adhérence ne la reliait aux parois.

En disséquant le sac pour faire la cure radicale, Lejars trouva une adhérence intime en arrière avec les plans sous-jacents. Il y avait fusion complète entre le feuillet postérieur du sac et une sorte de plan fibreux gris, dur, qui occupait la partie supéro-interne du triangle inguinal. En séparant les adhérences, on vit apparaître de petites bosselures transparentes ; une de ces bosselures se déchira et un flot d'urine jaillit. Lejars acheva rapidement la dissection, puis la ligature et la résection du sac.

La déchirure de la vessie fut fermée, après résection de ses bords par trois plans de suture et la plaie réunie avec un petit drain à l'angle interne.

La malade guérit et conserva pendant 3 mois une petite fistule urinaire.

Lejars a pu réunir en tout 9 faits de hernie de la trompe seule, dont

5 crurales et 4 inguinales. Dans 5 cas, la hernie était étranglée. Il semble que presque toujours l'étranglement soit aigu; car il n'y pas d'adhérences pas de traces de péritonite ancienne du sac. Bien que Krönlein ait pu, dans deux cas, réduire la trompe absolument saine, la résection de la trompe herniée semble être la conduite la plus sûre.

L'étude d'un certain nombre de faits de blessure et de suture de la vessie herniée montre que les résultats obtenus par cette suture faite en bon tissu, après résection des bords déchirés et amincis de la perte de substance, sont des plus satisfaisants. C. WALTHER.

De la cure radicale des hernies ombilicales par l'omphalectomie totale. Nouvelles observations. Étude critique de l'omphalectomie partielle et totale, par R. CONDAMIN (7e *Cong. franç. de chir.; Lyon méd.*, 2 *avril*, *et Arch. prov. de chir.*, *p.* 325, *juin* 1893).

Sous le nom d'omphalectomie totale appliquée à la cure radicale des hernies ombilicales, l'auteur entend l'ablation complète de l'anneau ombilical par deux incisions elliptiques qui en dépassent sensiblement les limites soit en dessus, soit en dessous.

L'omphalectomie n'est pas seulement utile pour la facilité des sutures, elle doit constituer le premier temps de la cure radicale, si l'on veut en retirer tous les avantages qui en résultent, à savoir : Isolement facile du sac ; décollement rapide et simple des adhérences épiploïques et intestinales, destruction complète de l'infundibulum ombilical, qui constitue un appel à la récidive ; possibilité d'une suture à trois étages et par suite solidité plus grande de la reconstitution. Les trois étages de suture sont ainsi disposés : le plus profond comprend le péritoine, et le feuillet profond de la gaine du droit ; le second, les muscles droits et le feuillet superficiel de leur gaîne, le troisième est le tissu cellulaire.

L'omphalectomie totale ainsi faite assure mieux que les autres procédés les trois phases oblitératives de l'ouverture herniaire : phase d'oblitération mécanique, obtenue par les fils, d'oblitération temporaire plus solide avec trois plans de sutures qu'avec deux ou un seul, d'oblitération définitive puisque l'on aura fait disparaître l'infundibulum post-ombilical et les dépressions sus et sous-ombilicales.

F. VERCHÈRE

I. — Les tumeurs de la paroi abdominale autres que les fibromes. Un cas de tératome, par GROSS (7e *Cong. franç. chir.*, *Mercredi méd.*, 12 *avril* 1893).

II. — Fibrome kystique des parois abdominales, par WYDER (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, *n°* 4, *p.* 147, 15 *février* 1893).

III. — Énorme fibrome de la paroi abdominale droite; ablation; guérison, par L. COIGNET (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 573, *septembre* 1893).

I. — On observe sur la paroi abdominale, outre des fibromes, des sarcomes fasciculés, des sarcomes à cellules rondes, des cysto et des carcino-sarcomes; de ces différentes variétés de tumeurs Gross cite quelques exemples. De plus il mentionne un cas de tumeur de nature tératoïde, qu'il a récemment observé. Cette tumeur, qui se composait principalement de tissu musculaire lisse et de tissu musculaire strié, renfermait des kystes à structure complexe (différents épithéliums et glandes du tube digestif). L'auteur pense, avec Baraban, que cette tumeur était formée

d'un tube digestif imparfait et incomplet, entouré de muscles lisses et de muscles striés, et au point de vue pathogénique, il s'arrête à l'hypothèse d'une formation tératologique par inclusion abdominale. OZENNE.

II. — Femme de 49 ans. Depuis deux ans, augmentation de volume du ventre qui a la forme et les dimensions qu'il acquiert à la fin de la grossesse. Fluctuation nette à la palpation. Utérus rétrofléchi, pas de tumeur appréciable dans le petit bassin. Ponction donnant issue à 20 grammes d'un liquide clair jaunâtre, se coagulant rapidement à l'air. Pas de diagnostic. Laparotomie exploratrice. On trouve une tumeur colossale, blanche, lobulée offrant de nombreuses cavités, de dimensions variables, contenant toutes un liquide semblable à celui de la ponction. Enucléation facile de la tumeur ; un cordon conjonctif, gros comme le pouce, se rendant dans l'espace prévésical, est lié et relevé dans l'angle inférieur de la plaie. Après extraction de la tumeur on reconnaît que la cavité péritonéale n'a pas été ouverte. Mais comme le péritoine pariétal, distendu en sac, forme une forte saillie concave en dedans, on en résèque une grande partie, avant de fermer la plaie abdominale.

La tumeur, qui pesait une vingtaine de livres, était un fibrome kystique. Guérison sans incidents. J. B.

III. — Femme de 39 ans. Début de la tumeur six mois auparavant en un point très visible de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, déformation extérieure du ventre qui est projeté à droite et en bas. La peau n'est pas modifiée et en saisissant la tumeur qui pèse 3 kilogs 80 on trouve une masse dure, uniforme et logée dans la partie inférieure du côté droit de l'abdomen.

Après l'incision de la capsule on peut isoler le néoplasme et le décortiquer rapidement après l'avoir incisé profondément sur la ligne médiane. L'adhérence avec le péritoine était absolue et celui-ci fut déchiré sur la largeur au moins de la main. Au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure et de la crête iliaque sur une longueur de 3 à 4 centimètres, la tumeur avait des adhérences très intimes avec le squelette; à ce niveau le périoste avait été arraché et le tissu osseux sous-jacent mis à nu. Guérison rapide.

La masse de la tumeur est gris blanchâtre, uniforme, ne renfermant aucun kyste. Il s'agit d'un fibrome pur. F. VERCHÈRE.

Ueber hämatogene Muskeltuberkulose, par Otto LANZ et Fritz DE QUERVAIN (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLVI*, 1).

La tuberculose primitive des muscles serait d'une rareté extrême si on en jugeait par les quelques observations isolées qui en ont été publiées. Cette opinion ne répondrait pas à la réalité, puisque les auteurs ont pu observer, dans un espace de temps assez restreint, 8 cas de cette affection, dont le diagnostic a pu être affirmé, pour la plupart d'entre eux, non seulement au cours de l'opération, mais encore grâce à un examen histologique soigneux. L'étude de ces cas a conduit les auteurs aux déductions suivantes : Au point de vue étiologique, la rareté relative de la tuberculose primitive des muscles tient à l'activité des échanges nutritifs dans le tissu musculaire et à la production de l'acide lactique qui est bactéricide. Les facteurs qui prédisposent à l'affection sont donc ceux qui entravent ces échanges nutritifs ; tels sont le traumatisme, la fatigue musculaire.

Au point de vue du diagnostic il faut distinguer deux formes de l'affection ; la forme nodulaire et la forme en abcès. La première peut être confondue avec une gomme syphilitique, des tumeurs bénignes ou malignes des muscles, les kystes hydatiques, l'actinomycose, enfin les

hématomes intra-musculaires. Les abcès tuberculeux des muscles sont d'un diagnostic plus facile ; on peut conserver des doutes sur l'origine de ces abcès et croire à l'existence d'un foyer osseux, d'une tuberculose ganglionnaire ou d'une tuberculose synoviale. Le traitement de choix est l'excision, qu'il s'agisse de la forme nodulaire ou d'un abcès. Dans ce dernier cas cependant, si l'extirpation devait entraîner des désordres fonctionnels trop considérables, on pourrait se contenter de l'ouverture suivie de grattage et de drainage. REBLAUB.

Die Resultate der wegen Nierenphtise vorgekommenen Nephrotomien und Nephrectomien (Résultats des néphrotomies et néphrectomies pratiquées pour phtisie rénale), par F.-C. FAÇKLAM (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLV*, 4).

L'auteur a rassemblé tous les cas de néphrotomies et de néphrectomies pratiquées pour tuberculose rénale depuis 1879 ; aux cas publiés il ajoute un cas inédit de Hæsner, deux de Neuler et sept de Riedel. Il arrive ainsi à un total de 108 cas qu'il rapporte plus ou moins succinctement et sur lesquels il s'appuie pour formuler quelques conclusions.

Un premier point intéressant, c'est la prédominence du sexe féminin, qui entre pour une proportion de 70,8 0/0 dans la totalité des cas. Cela permet de supposer que la femme est plus souvent que l'homme atteinte de tuberculose rénale, et que surtout on rencontre plus souvent chez elle l'indication d'une intervention chirurgicale. Le diagnostic exact n'a pu être porté avant l'opération que dans 59,7 0/0 des cas ; souvent l'affection a été confondue avec des calculs rénaux, une pyonéphrose simple ou un néoplasme rénal.

En ce qui concerne les résultats de l'intervention, il faut envisager isolément la néphrotomie et la néphrectomie. Sur 20 néphrotomies, il y a eu 5 morts opératoires ; 7 malades succombèrent à une période assez rapprochée de l'intervention, mais sans que celle-ci puisse être incriminée. Enfin, 8 malades ont été améliorés ; quatre d'entre eux ont succombé ultérieurement aux progrès de leurs lésions tuberculeuses, un autre a succombé à une maladie intercurrente, les trois autres ont été perdus de vue. Les 88 cas de néphrectomie ont donné 17 morts immédiates. Mais 8 de ces décès ne sont pas imputables directement à l'opération, attendu que ces malades ont succombé à des phénomènes urémiques dus à l'état avancé des lésions tuberculeuses de l'autre rein. Restent 9 cas de morts opératoires dues 5 fois au collapsus, une fois à une intoxication phéniquée, une fois à une péritonite septique, une fois à une tuberculose miliaire généralisée ; enfin, une fois la cause de la mort est restée inconnue. Parmi les malades qui ont guéri de l'opération, 8 ont succombé ultérieurement soit aux progrès d'une tuberculose pulmonaire, soit à une affection intercurrente. Les autres opérés ont été guéris radicalement ou améliorés, en ce sens qu'ils ont conservé une fistule ou des symptômes indiquant que le processus tuberculeux évoluait dans d'autres organes. Le nombre de guérisons est de 36 sur 88, soit 40,9 0/0, et sur ce nombre 14 ont été suivies pendant plus d'un an. La néphrectomie, pratiquée pour lésions tuberculeuses, est donc susceptible d'amener une guérison radicale. REBLAUB.

De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein, par E. VIGNERON (*Thèse de Paris*, 1892).

Dans la tuberculose du rein, ordinairement unilatérale et qui est tantôt primitive (non reproduite par l'expérimentation) et tantôt secondaire à une cystite tuberculeuse, l'intervention ne doit pas être précoce, d'après Vigneron. Pour cet auteur, la néphrotomie est seule praticable dans la tuberculose secondaire du rein : elle laisse une fistule persistante et donne une amélioration plus ou moins durable. Au contraire, dans la tuberculose primitive, la néphrectomie est indiquée, quand toutefois l'état de la vessie et du second rein la permet, et, dans ce cas, la voie lombaire est la moins dangereuse. Selon les indications tirées de l'état général, on fait la néphrectomie primitive ou secondaire précoce, en laissant en place la capsule s'il y a des adhérences.

Dans son travail, reposant sur 139 cas, Vigneron rapporte un certain nombre de guérisons complètes par la néphrectomie. R. JAMIN.

Étude sur la néphrorraphie, par P.-A. DELAGÉNIÈRE (*Thèse de Paris*, 1892).

Se basant sur ses expériences cadavériques, chirurgicales et animales et sur 104 observations cliniques, Delagénière préconise la néphrorraphie de préférence à la néphrectomie comme traitement du rein mobile et il conseille de fixer le rein à l'aide de 3 ou 4 anses de catgut double, passant, non pas seulement à travers la capsule, mais à travers le parenchyme glandulaire, sans atteindre cependant une profondeur exagérée, en raison des lésions de sclérose rénale que détermine chaque fil. Pour lui, la décortication du rein est au moins inutile et la réunion par première intention doit toujours être recherchée; de cette facon, il y a à peine 1/10 de récidives post-opératoires.

Sans rejeter la voie abdominale, Delagénière préfère la voie lombaire.

R. JAMIN.

Traitement des kystes hydatiques du rein, observation d'un kyste guéri par la néphrotomie lombaire, par Maurice POLLOSSON (*Lyon méd.*, 18 *septembre* 1893).

Femme de 40 ans. Depuis 1880, gêne et douleurs causées par une tumeur de la fosse iliaque droite, à marche lente graduelle. En 1891 saillie à la région lombaire, troubles hépatiques, jaunisse. Un séjour à Vichy amène une diminution des accidents. Recrudescence peu après son entree à l'hôpital; février 1892, on constate les signes d'un abcès périnéphrétique. Ouverture après anesthésie, on trouve le rein volumineux; guérison en douze jours. En août, la cicatrice devient fistuleuse, donne passage à une membrane de vésicule hydatide. Alors surviennent des troubles urinaires, mictions fréquentes, douloureuses, urines sanglantes; nausées, vomissements qui disparaissent quand la fistule laisse échapper du pus et des hydatides.

Rentrée à l'hôpital le 19 novembre. Néphrotomie, le 9 décembre; évacuation d'une large poche contenant des hydatides. Quelques jours plus tard urines normales, guérison.

La malade sort le 12 janvier. Elle a gardé depuis ce moment quelques légers signes de cystite et un peu de douleurs lombaires. A. CARTAZ.

Weitere casuistische Beiträge zur Nierenchirurgie (**Nouvelle série d'opérations sur le rein**), par **P. WAGNER** (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XXXIV, p.* 98).

Les premières pages de cet article sont consacrées à un résumé des travaux récemment publiés sur la chirurgie rénale; puis l'auteur aborde la relation des faits qui lui sont personnels. Il cite d'abord 11 observations de lésions traumatiques des reins, avec 3 morts, puis rapporte les 8 cas qui se sont terminés par la guérison. Les constatations anatomopathologiques faites dans les cas où il y a eu décès sont consignées avec détails. Après cela, Wagner passe aux suppurations rénales dont il a traité 4 cas ; il y avait deux fois des calculs dans le rein. Ces malades ont subi la néphrotomie et les résultats thérapeutiques ont été assez satisfaisants : guérison complète dans deux circonstances ; persistance d'une fistule dans les deux autres cas. Après avoir rappelé un cas d'hydronéphrose gauche, P. Wagner fait mention d'une observation d'hydronéphrose double, constatée à l'autopsie d'un jeune homme âgé de 14 ans et insiste sur la fréquence de la bilatéralité des lésions dans cette affection, ce qui doit engager à être circonspect et plaide en faveur de la néphrotomie ; dans cette maladie, la néphrectomie d'emblée ne semble pas indiquée. D'ailleurs l'auteur vante les bienfaits de la chirurgie conservatrice pour tout ce qui concerne le rein : l'ablation de cet organe ne lui paraît être une bonne opération que s'il s'agit de tumeur maligne. MARCEL BAUDOUIN.

Rein mobile. Relation de 12 cas traités par la néphrorraphie, par **Georges EDEBOHLS** (*The Amer. j. of the med. sc., p.* 247, *mars* 1893).

L'étude du rein mobile est intéressante pour tous les médecins, mais surtout pour les gynécologistes. Il est beaucoup plus fréquent chez la femme qu'on ne l'a supposé généralement. Sur une série de 500 femmes examinées par l'auteur, 90 présentaient un rein mobile en dehors de l'affection qui les amenait. Le rein mobile semble relativement rare chez l'homme.

C'est presque toujours le rein droit qui est mobile. Tous les reins mobiles ne se révèlent pas par les mêmes symptômes.

Les symptômes du rein mobile coexistent très fréquemment avec ceux des diverses affections des organes génitaux de la femme et le diagnostic différentiel est parfois fort difficile. L'atrophie de la résorption du tissu graisseux péri-rénal paraît la cause la plus probable de la mobilité du rein. Les autres causes indiquées par les auteurs sont une constriction par le corset, le relâchement des parois abdominales, une prédisposition congénitale, un traumatisme violent.

L'auteur établit une distinction entre le rein mobile et le rein flottant. Le rein mobile est seulement déplaçable dans la poche ou le vide formé par sa capsule adipeuse. Le rein flottant a des rapports avec la partie de sa capsule qui est entraînée avec lui dans sa migration et il est suspendu par un véritable mésonéphron, dont la longueur détermine l'étendue de la mobilité. L'auteur n'envisage que l'histoire du rein mobile.

Les symptômes les plus connus du rein mobile sans complications sont des troubles digestifs, les douleurs épigastriques à gauche de la ligne

médiane, un état nerveux général, des palpitations du cœur, l'impossibilité de se coucher ou de dormir sur le côté gauche.

Ces symptômes s'accentuent pendant la menstruation et dans les premiers mois de la grossesse et disparaissent à la fin de celle-ci.

Ces symptômes sont dus à la compression, à la traction sur le plexus solaire et ses branches. La théorie de l'oblitération du duodénum, par compression ou traction ne peut rendre compte de ces troubles.

Le rein mobile est de toutes les tumeurs de l'abdomen la plus facile à diagnostiquer par la palpation de l'organe déplacé. Jamais le rein ne récupère sa place sans intervention. Le décubitus dorsal atténue les symptômes, de même que le traitement de Weir Mitchell, le massage, l'électricité et les ceintures abdominales, mais il n'y a qu'un véritable traitement : c'est la néphrorraphie appliquée à propos et faite suivant les règles indiquées. L'auteur en rapporte 12 observations où les résultats furent des plus favorables. La néphrectomie est un moyen trop radical et trop dangereux, il ne peut être comparé à la néphrorraphie. F. VERCHÈRE.

Beitrag zur transperitonealen Nephrektomie (Cœlio-nephrektomie), par M. SÆNGER (*Deut. Zeit. f. Chir.*, *XXXIV*, *p.* 360).

On trouvera dans ce mémoire la relation de quatre observations personnelles de néphrectomie transpéritonéale, opération pour laquelle Sänger adopte désormais, à l'instar des Américains, la dénomination de cœlio-néphrectomie, au lieu de laparo-néphrectomie.

Elles ont trait : 1° à un adénocarcinome du rein gauche ; opération suivie de mort par anurie; il y avait une atrophie du rein du côté opposé; il s'agissait d'une femme de 59 ans, chez laquelle on avait diagnostiqué un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche; 2° à un fibro-sarcome de la capsule fibreuse du rein gauche chez une femme de 37 ans ; on fit un drainage de la cavité abdominale par la plaie de l'abdomen, et l'opérée guérit ; 3° à un kyste à échinocoques du rein droit, qui guérit très facilement. On avait porté une foule de diagnostics différents : tumeur solide du rein droit, dermoïde de la capsule fibreuse du rein, grand kyste dermoïde de la paroi abdominale ; 4° à un kyste dermoïde sarcomateux de l'espace rétro-péritonéal ou du rein gauche (on n'a pu être fixé à ce sujet). On avait diagnostiqué une grosse tumeur maligne du rein. Mais l'opération ne put être terminée chez une femme âgée de 50 ans, le colon passant en avant de la tumeur. Cette malade n'a pas succombé à l'intervention ; elle vivait encore six mois après.

Ce travail se termine par des considérations assez brèves sur l'incision de l'abdomen, l'orientation que prennent les tumeurs du rein au cours de leur évolution, sur la manière de traiter l'espace rétro-péritonéal débarrassé de sa néoformation.

Sänger conseille d'inciser sur la ligne blanche. La tumeur mise à nu, après l'avoir palpée sur toutes ses faces, on la fera basculer par l'incision abdominale. Puis on incisera le feuillet pariétal du péritoine qui la limite en arrière, en prenant bien soin de s'éloigner du colon pour éviter les vaisseaux. La séreuse sectionnée, on s'engagera à travers l'aponévrose de cette région jusqu'au rein, en cheminant dans la couche graisseuse.

En cas d'hémorragie, on peut utiliser une ligature élastique temporaire passée autour de la tumeur. L'énucléation terminée, on peut se borner à laisser tel quel l'espace rétro-péritonéal. Point n'est besoin de le refermer; il suffit de drainer. C'est plus simple et suffisant.

MARCEL BAUDOUIN.

Traitement des cystites chroniques rebelles par le curetage de la vessie, par VERHOOGEN (*Ann. Soc. belge de chir.*, 15 *juin* 1893).

L'auteur cite à l'appui de ce mode de traitement sept observations; quatre se rapportent à des cystites non tuberculeuses qui ont été guéries et les trois dernières à des lésions tuberculeuses; il n'y a eu qu'une amélioration durable sur les trois.

Cette opération a été faite sur l'homme et sur la femme. La vessie ouverte par la région hypogastrique, on promène une curette bien aiguisée sur tous les points de la muqueuse de façon à racler l'épithélium et la partie superficielle du derme; puis, après lavage antiseptique de la cavité, on touche l'intérieur avec un tampon de coton imbibé de teinture d'iode. Drainage de la plaie vésicale et sonde de Pezzer à demeure chez la femme pendant quelques jours, durant lesquels on fait des injections vésicales d'une solution de nitrate d'argent à 1 0/0. Ce traitement n'a donné lieu à aucun accident. OZENNE.

Résultats de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose vésicale, par VIGNERON (7e *Cong. franç. chir., Mercredi méd.*, 26 *avril* 1893).

Vigneron, dans 7 cas de tuberculose vésicale, a pratiqué la taille hypogastrique et ensuite le curetage ou l'excision de la muqueuse malade, suivis d'écouvillonnage à la gaze iodoformée, de cautérisations ou de tamponnement vésical. Sur ces 7 malades, deux fois la suture primitive de la vessie a été faite: dans l'un de ces cas la réunion a manqué, mais elle s'est faite après trajet fistuleux et il y a eu amélioration; dans l'autre cas, la réunion primitive a été obtenue, mais une collection sus-pubienne, suivie de fistule, s'est montrée et le malade est mort au bout de quatre mois.

Chez les cinq autres malades, on a suturé la vessie à la paroi abdominale; le résultat immédiat a été satisfaisant, mais, lorsque l'ouverture s'est refermée, les accidents ont reparu et deux de ces malades sont morts assez rapidement; les survivants sont dans un état précaire.

OZENNE.

Des cystites consécutives à une infection de la vessie à travers les parois, par E. REYMOND (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, *avril-mai* 1893).

Du travail de Reymond, il résulte que, chez les animaux, les microbes peuvent traverser les parois de la vessie de dehors en dedans et, par conséquent, infecter la muqueuse par sa face profonde, en laissant dans leur passage à travers les parois des lésions très diverses suivant les cas.

Ces données expérimentales correspondent à divers faits cliniques que l'on observe dans certaines cystites (celles, par exemple, qui accompagnent des métrites ou des salpingites), qui offrent des plaques d'inflammation au point de contact avec le foyer infectieux extra-vésical : le même microorganisme est alors retrouvé dans l'utérus et dans la vessie et, si l'on traite et guérit celui-là, la guérison de celle-ci ne tarde pas.

R. JAMIN.

Étiologie et pathogénie des cystites non tuberculeuses chez la femme, par REBLAUB (*Thèse de Paris*, 1892).

Dans tous les cas de cystite chez la femme, Reblaub a trouvé dans les urines un agent microbien, qui y existe le plus souvent à l'état de pureté ou, tout au moins, de prédominance considérable. L'espèce microbienne varie d'ailleurs d'un cas à l'autre, mais il s'agit toujours de l'une des suivantes : bacterium pyogenes, staphylococcus pyogenes, urobacillus liquefaciens, bacillus griseus, micrococcus albicans et diplococcus subflavus.

Chez la femme, comme chez l'homme, mais moins souvent que chez ce dernier, c'est le bacterium pyogenes que l'auteur a rencontré le plus fréquemment et qui paraît être le bacterium coli commun modifié par son séjour dans les voies urinaires. Tous ces microbes sont d'ailleurs pathogènes et reproduisent expérimentalement la cystite, mais seulement dans le cas où l'une des conditions suivantes se trouve réalisée : 1° rétention d'urine plus ou moins prolongée; 2° congestion intense de la muqueuse vésicale; 3° traumatisme quelconque de cette muqueuse.

Les microorganismes, observés par Reblaub, se retrouvent dans l'urètre, dans le vagin, dans le tube intestinal et même dans l'air atmosphérique, où ils séjournent dans un état de virulence plus ou moins atténuée, et ils pénètrent dans la vessie soit par l'urètre, soit par effraction à travers les parois, soit par le rein qui est alors atteint de néphrite.

L'auteur montre que la clinique réalise ordinairement toutes les conditions expérimentales reconnues nécessaires pour la production d'une cystite blennorragique, gravidique, puerpérale, etc... R. JAMIN.

Pathologie du muscle vésical, par BOHDANOWICZ (*Thèse de Paris*, 1892).

Dans ce travail d'anatomie et de physiologie pathologiques, l'auteur montre que, comme tous les muscles, le muscle vésical s'hypertrophie par l'excès de travail, quelle qu'en soit la cause; et cette hypertrophie, fréquemment suivie de dégénérescence scléro-graisseuse de la paroi vésicale, paraît presque toujours affecter la même disposition générale. Quant à l'épaississement et à la transformation fibreuse de la sous-muqueuse, ils sont indépendants de la sclérose des autres couches conjonctives de la vessie : c'est une lésion de cystite.

Pour Bohdanowicz, l'influence directe des lésions vasculaires (artériosclérose) ne paraît pas suffisante pour expliquer à elle seule la pathogénie de la sclérose vésicale chez les prostatiques ; car il n'existe pas de différence histologique tranchée entre la sclérose des rétrécis sans athérome et celle des prostatiques athéromateux. D'autre part, l'artériosclérose peut manquer dans tous les cas de dégénérescence scléreuse de la vessie chez les sujets âgés. Enfin, on peut trouver chez les athéromateux l'hypertrophie de la prostate sans lésions du muscle vésical. Aussi l'auteur admet-il que, chez les prostatiques, il n'y a pas simultanéité nécessaire des lésions vasculaires, prostatiques et vésicales.

R. JAMIN.

De la cystocèle inguinale rencontrée au cours de la kélotomie, par H. BOURBON (*Thèse de Paris*, 1892).

Il est rare de rencontrer dans le canal inguinal la vessie contenue dans le sac herniaire ou adossée à lui, puisque, sur 275 opérations de cure radicale, J. Lucas-Championnière n'a observé ce fait que deux fois. Néanmoins, Bourbon a pu rassembler l'histoire de 14 cas dans lesquels la vessie a été rencontrée, incisée ou déchirée au cours d'une opération de kélotomie. Cette surprise opératoire, difficile à prévoir quand il n'y a pas eu de troubles de la miction, a lieu principalement lorsque la hernie est petite et douloureuse. Mais ce qui doit surtout mettre en garde le chirurgien, au cours de l'opération, c'est la constatation : 1° d'une masse graisseuse en forme de petits pelotons plongés dans une gangue fibreuse résistante, et adhérente, non pas à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané, mais aux parties profondes (quelquefois, la masse graisseuse diffluente, molle, plutôt séreuse, se trouve à la partie interne de la hernie); 2° d'un épaississement notable du sac avec aspect rosé, dû à des fibres musculaires réticulées, lorsqu'on a enlevé le lipôme présacculaire. D'ailleurs, la cystocèle inguinale résultant le plus souvent d'une malformation congénitale, sinon d'adhérences péritonéo-intestinales, il est difficile de ne pas léser la vessie. Il vaudrait mieux, en pareil cas, faire volontairement l'incision aseptique de la vessie qu'on fermerait ensuite avec trois plans de suture, en s'abstenant ultérieurement, si possible, de lavages vésicaux, et surtout de cathétérismes. R. JAMIN.

Uretérite tuberculeuse, par H. FISCHER (*Thèse de Paris*, 1893).

S'appuyant sur 66 observations, Fischer établit, dans ce travail, que la tuberculose uretérale, rarement primitive, n'est ordinairement que la propagation de lésions tuberculeuses de la vessie et surtout du rein. Cependant, au cours d'une tuberculose vésicale, il se produit parfois une uretéro-pyélite ascendante non tuberculeuse. En outre, en raison de la diminution de calibre d'un uretère tuberculeux, le rein correspondant ne tarde pas à être atteint de dégénérescence caséeuse massive ou d'hydronéphrose. L'auteur insiste sur la gravité du pronostic et sur le danger de la persistance d'une fistule tuberculeuse en cas d'intervention chirurgicale sur le rein. R. JAMIN.

Résection involontaire de la vessie au cours d'une laparatomie, par LOUMEAU (*Journ. méd. Bordeaux*, 6 août 1893).

Femme d'une trentaine d'années, multipare et ayant présenté depuis 9 ans, à la suite d'une fausse couche, des accidents de peri-métro-salpingite. Le diagnostic actuellement porté est : ovaro-salpingite double avec rétroflexion irréductible de l'utérus produite par des adhérences pelvipéritonéales. Le ventre ouvert, on rencontre d'abord une couche épaisse de fausses membranes qui masquent la face antérieure et le fond de la matrice ; après les avoir isolées, on les résèque, puis les trompes et les ovaires malades étant enlevés, on fait l'hystorépexie et l'opération est terminée comme d'ordinaire. Le cathétérisme de la vessie est alors pratiqué et donne issue à quelques gouttes de sang.

En présence d'une blessure probable de la vessie, le ventre est réouvert et l'on constate que toute la portion supérieure a été réséquée ; il ne reste que

les parties adhérentes à l'utérus et au vagin. Ce lambeau de vessie disséqué et ramené en avant, le péritoine ayant été fermé au-dessus par des sutures on reforme autant que possible une petite cavité vésicale en laissant libre un orifice vésico-cutané, destiné à recevoir les tubes de Périer. Suites immédiates normales, et cicatrisation de la plaie sus-pubienne.

Comme résultats éloignés on a noté, neuf mois après l'opération, que les douleurs addominales avaient disparu, que les mictions, obéissant à la volonté, ne sont pas très fréquentes, mais qu'un certain effort est nécessaire pour vider entièrement le réservoir. Toutefois il est un point noir dans cette observation, c'est la persistance de troubles cérébraux apparus huit jours après l'opération ; il faut cependant noter que des injections quotidiennes de suc ovarien ont donné quelques résultats favorables. OZENNE.

De la suture totale de la vessie, par ROBERT SOREL (*Thèse de Paris*, 1892).

La suture totale de la vessie, dont l'infection n'est même pas une contre-indication opératoire, peut toujours être tentée, d'après Sorel, sauf dans les cas : 1° de traumatismes trop étendus de la paroi; 2° de modifications trop profondes de cette paroi; 3° d'hémorragies abondantes. Le procédé que préconise l'auteur comprend deux plans de sutures : le premier passe entre la musculeuse et la muqueuse, mais peut d'ailleurs traverser celle-ci sans inconvénient, vu que l'emploi du catgut même baignant dans l'urine n'en présente aucun; le second plan est une suture de Lembert.

Il est prudent d'assurer le drainage de la vessie en laissant à demeure une sonde de de Pezzer; mais, à la rigueur, on peut la remplacer par des cathétérismes régulièrement espacés ou même en laissant le malade uriner seul si la vessie et le canal sont absolument sains. En tous cas, Sorel croit bon de placer, dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, un drain plongeant dans la cavité de Retzius, quand celle-ci a été décollée. R. JAMIN.

Sur la lithotritie périnéale et le traitement des calculs vésicaux chez les rétrécis, par BAZY (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., mai* 1893).

Ce n'est pas l'opération de Dolbeau que décrit Bazy dans son travail sous cette dénomination ancienne. Chez deux malades, porteurs à la fois de rétrécissements très étroits de l'urètre périnéal et de pierres vésicales, il a pratiqué l'urétrotomie externe, excisant en même temps tous les tissus indurés et un trajet fistuleux voisin; puis, introduisant par cette boutonnière dans la portion rétro-stricturale de l'urètre et dans la vessie les instruments habituels, il a pu broyer et évacuer les calculs, guérissant ses deux malades à la fois de leur rétrécissement et de leur pierre vésicale. Succès complet dans l'un et l'autre cas. R. JAMIN.

Faux rétrécissements de l'urètre, par RELIQUET et GUÉPIN (*Progrès méd.*, 1893)

Pour Reliquet et Guépin, l'obstacle ou l'étroitesse que constate dans un urètre la bougie exploratrice ne suffisent pas pour affirmer : 1° qu'il existe un rétrécissement ; 2° que ce rétrécissement a exactement le calibre de la bougie qui l'a franchi, alors même qu'il existe en même temps une rétention d'urine durable. De nombreux faits, relatés par les auteurs, prouvent que, dans ces cas, il s'agit parfois d'un spasme urétral dont l'origine réflexe siège souvent à l'extrémité de la verge (étroitesse du

prépuce ou du méat, inflammation des glandes de Tyson, etc.), et il suffit de supprimer l'une de ces causes pour faire cesser immédiatement la contraction spasmodique simulant le rétrécissement. De même, il faut chercher parfois dans l'état des organes voisins ou dans celui du système nerveux général la cause vraie de ces spasmes urétraux, qu'il n'est pas rare de rencontrer dans la période pré-ataxique du tabes. R. JAMIN.

Nouvelle indication de l'urétrotomie périnéale pour perte de substance étendue de la muqueuse de l'urètre, par PONCET (*Gaz. hebd. Paris*, 21 *mai* 1893).

Homme de 39 ans, atteint de pénitis phlegmoneuse, avec menace de sphacèle au niveau de la racine du gland; 6 semaines avant son entrée à l'hôpital, cet homme avait fait cheminer dans son canal urétral une corde (calibre n° 11 de la filière charrière) d'une longueur de 33 centimètres, qu'il avait ensuite tenté inutilement de retirer. Ce corps étranger, d'abord bien supporté, avait, en dernier lieu, déterminé des accidents d'infection graves. Son extrémité antérieure, restée dans le canal, put être saisie avec une pince, mais on dut exercer de violentes tractions pour amener au dehors la corde entière, celle-ci portant, à quelques centimètres de son extrémité profonde, un gros nœud.

Le lendemain de cette extraction, pour parer aux accidents d'infection générale, d'une part, et aux conséquences qui devaient résulter de la destruction de la muqueuse urétrale produite par le passage du nœud, d'autre part, on pratiqua l'urétrotomie périnéale, suivant le procédé déjà plusieurs fois mis en usage par le même auteur, et, à part quelques petits incidents, la guérison survint régulièrement. A sa sortie de l'hôpital, le malade urinait à volonté et très facilement par son méat périnéal; quant au canal antérieur, il était complètement obstrué à quelques centimètres du méat normal.

Après avoir relaté ce fait, Poucet montre que le nœud de la corde, qui était constitué par un enchevêtrement de boucles, s'était formé spontanément ou dans l'urètre postérieur, ou dans la vessie, un tel nœud ayant pu être reproduit expérimentalement. OZENNE.

Thiosinamin-injectionen bei Harnröhren Stricturen, par HANC (*Wiener med. Presse*, 19 *février* 1893).

Les effets curateurs obtenus par Hebra (*Wiener med. Presse*, n° 41, 1892) dans le traitement des plaies cicatricielles par les injections sous-cutanées de thiosinamine ont engagé Hanc à appliquer cette méthode dans deux cas de rétrécissement urétraux.

Le premier cas concerne un homme de 45 ans, qui depuis de longs mois devait avoir recours à la sonde. Dès la première injection sous-cutanée faite le 15 septembre 1892, il urinait spontanément et sans douleur. Le traitement fut continué avec d'heureux résultats jusqu'au 30 septembre, époque à laquelle le patient, atteint d'une maladie intercurrente, dût s'aliter pendant trois mois au cours desquels le traitement spécial fut forcément suspendu. Toutefois, l'influence des injections sous-cutanées fut de longue durée puisque ce n'est que trois mois et demi environ après leur suspension que la miction redevint absolument défectueuse.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un homme de 48 ans atteint d'un rétrécissement très serré de la région membraneuse de l'urètre avec grande difficulté de la miction. Le traitement par les injections sous-cutanées eut une durée de quinze jours. Le patient en tira d'excellents bénéfices.

Les conclusions de Hanc sont les suivantes : les injections sous-cutanées de thiosinamine en solution alcoolique à 15 0/0 sont bien suppor-

tées par les adultes; l'assouplissement des strictures cicatricielles est prompt mais non définitif, de sorte qu'une restitution *ad integrum* du canal de l'urètre ne peut être obtenue, tout au moins pas par un petit nombre d'injections sous-cutanées. CART.

Recherches expérimentales sur l'électrolyse de l'urètre, par DESNOS; rapport de TUFFIER (*Bull. Soc. de chir., XIX, p.* 291, 329 *et* 418).

Desnos a étudié expérimentalement les deux procédés d'électrolyse par courants de haute et faible intensité. Dans le premier cas, (courant de 8 milliampères pendant 10 minutes et 15 à 20 pendant 5 minutes), on trouve, après deux mois, un rétrécissement complet du canal; la paroi est transformée en une masse fibreuse.

Avec les courants ne dépassant pas 4 à 5 milliampères, la section de la muqueuse est à peine visible. Desnos a tenté une autre expérience : formation d'un rétrécissement traumatique, application de l'électrolyse un mois après avec un courant de 12 à 25 milliampères. Après quelques jours le passage se rétrécit.

C'est ce que D. a observé chez 26 malades qui ont subi l'électrolyse et qui ont eu de la récidive à des degrès variables.

Reynier a opéré 9 rétrécissements de la région membraneuse avec l'urétrotome électrolyseur de Fort. Il lui a fallu des courants assez intenses, 20 à 40 milliampères; dans 4 cas il a suffi d'une séance, dans 3, 2 ou 3 séances; chez deux autres, il a fallu renoncer pour recourir à l'urétrotomie interne. Six fois il y a eu des accidents, frissons, abcès, lymphangite et toujours douleurs assez vives.

Moty cite l'observation d'un malade chez lequel la section galvanique et la dilatation n'amenaient pas de résultat appréciable et qui fut guéri par l'électrolyse avec diffusion du courant au travers du rétrécissement par l'intermédiaire d'une couche liquide.

Guelliot a opéré 15 malades, sans aucun accident. L'instrument agit non pas seulement comme dilatateur, mais par section. Les rétrécissements durs, fibreux, irréguliers, ne sont pas, d'après lui, justiciables de cette méthode. En tous cas, l'électrolyse ne met pas à l'abri des récidives. A. C.

Traitement électrique des rétrécissements de l'urètre, par DANION (7e *Congrès franç. chir*,, *et Bulletin méd.*, 23 *avril* 1893).

Dans 5 cas de rétrécissement urétral, en employant le procédé de Newmann, qui consiste à obtenir la dilatation en plusieurs temps et progressivement, au moyen de faibles intensités, Danion est parvenu à faire pénétrer des bougies nos 18, 22, 24, alors qu'avant l'intervention, on ne passait que difficilement les nos 8 et 9. Il y a donc lieu de compter sur l'urétrolyse progressive comme moyen de traitement de certains rétrécissements. OZENNE.

Contributo alla cura radicale dell' idrocele col processo del Tuillard, par D. BONI (*La Riforma medica*, 19 *et* 20 *décembre* 1892).

Sur 48 cas d'hydrocèle, Boni en a opéré 46 par le procédé de Tuillard et 2 par le procédé de Bergmann, à cause de l'épaississement notable

de la vaginale. La guérison complète a été obtenue dans 28 cas en 7 à 12 jours, dans 11 cas en 12 à 15 jours, dans 4 cas de 15 à 20 jours, dans 5 cas de 20 à 28 jours : dans ces 5 derniers cas il s'agissait d'adultes porteurs d'hydrocèles volumineuses, à parois épaissies, ayant été ponctionnées plusieurs fois et dans un de ces cas l'auteur avait employé le procédé de Bergmann, tous les 5 étaient certainement justifiables de la méthode sanglante, même pour les partisans de la ponction. Ceux des malades qui ont été revus ultérieurement n'avaient pas de récidive. Dans plusieurs cas il y avait à la surface du testicule de petits kystes dont Boni a pratiqué l'excision. Il recommande tout particulièrement, pour les cas ordinaires, la méthode de Tuillard qui conserve la cavité vaginale.

GEORGES THIBIERGE.

Traitement de la tuberculose primitive du testicule et du canal déférent par les injections de chlorure de zinc, par OZENNE et DESNOS (3e *Cong. tuberc.*, et *Mercredi méd.*, 16 *avril* 1893).

Après avoir rappelé que le premier malade qu'il a traité, l'année dernière, par ces injections, continue à être dans un excellent état, Ozenne rapporte qu'il a dernièrement soumis aux mêmes injections à 1/10 un autre sujet, porteur d'une tuberculose naissante de la même région ; il s'est produit en peu de temps une notable amélioration.

A ces faits personnels l'auteur en ajoute quelques autres, dont l'un de Lannelongue et un autre de Bourdier, qui signale ainsi les résultats obtenus : les lésions ont diminué des trois quarts ; le scrotum qui était épais et comme œdématié est souple et permet un palper très facile. Le malade n'a plus de gêne et peut faire de longues marches à pied.

A l'intérêt que présentent ces observations, Ozenne ajoute la relation fort importante d'un examen anatomo-pathologique que Coudray lui a communiqué :

En septembre 1891, un homme de 50 ans venait consulter ce chirurgien pour une volumineuse tumeur épididymaire tuberculeuse, autour de laquelle il fit trois injections. Le résultat fut la formation d'un noyau épididymaire, indolent et d'une dureté ligneuse. Quoique la guérison fût probable, le malade qui ressentait encore quelques douleurs dans le cordon, demanda instamment la castration, laquelle fut faite. Or, l'examen du testicule et de l'épididyme n'a fait découvrir aucune trace de tubercules.

Desnos a appliqué la méthode sclérogène à six cas de tuberculose testiculaire et il a obtenu des résultats très satisfaisants ; il préconise la solution de chlorure de zinc au vingtième, qui serait mieux supportée. O.

I. — Tuberculose de la verge, par MALECOT (3e *Cong. tuberc.*, et *Mercredi méd.*, 16 *août* 1893).

II. — Traitement de la tuberculose pénienne, par A. PONCET (*Ibid.*, 9 *août* 1893).

I. — Jeune homme, atteint de cystite tuberculeuse depuis 2 ou 3 ans, et d'une ulcération de la verge depuis une dizaine de mois. Cette ulcération, ayant les dimensions d'une pièce de 20 centimes, circonscrivait le méat, offrait des bords dentelés et non décollés, sans induration périphérique, et un fond

lisse et pâle. Pas d'engorgement ganglionnaire. Des inoculations faites à des cobayes ont confirmé le diagnostic de tuberculose pénienne secondaire.

II. — La tuberculose pénienne, qui est rare, comprend plusieurs variétés. Dans un premier groupe se placent les lésions tuberculeuses balano-préputiales, justiciables du grattage, de l'excision et des cautérisations ; dans un deuxième, les tuberculoses urétrales péniennes ou bulbo-prostatiques, le plus souvent consécutives à une tuberculose de l'appareil génito-urinaire. Dans ce dernier cas, il n'y a pas lieu d'intervenir.

Le troisième groupe est formé par les tuberculoses à lésions disséminées dans le tissu péri-urétral : on observe alors une infiltration plus ou moins étendue et des abcès péri-urétraux, compliqués, ou non, d'accidents septiques. Dans ces conditions, l'urétrotomie périnéale est la seule intervention capable d'amener une amélioration et est préférable à l'amputation. OZENNE.

Des paralysies hystéro-opératoires de l'avant-bras et de la main consécutives à des interventions sur le coude, par Ch. AUDRY (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 500, *juillet* 1893).

Dans deux cas d'intervention sur le coude, dans l'un il s'agissait d'une séquestrotomie après évidement de l'extrémité inférieure de l'humérus, dans l'autre d'une arthrectomie pour tumeur blanche du coude, l'auteur relève des phénomènes que l'on peut ainsi résumer : Paralysie constatée aussitôt après le réveil du sommeil anesthésique ; cette paralysie ne peut être attribuée à des sections nerveuses, parce qu'on avait la certitude matérielle de n'avoir coupé aucun nerf, parce que les symptômes immédiats et leur évolution ultérieure n'avaient rien de commun avec ceux qui sont liés à une section nerveuse ; paralysie localisée à la main, au poignet, à l'avant-bras, ne dépassant pas du côté des centres la région ostéo-articulaire opérée ; paralysie n'atteignant la sensibilité cutanée que d'une façon incomplète et éphémère, celle-ci ayant rapidement recouvré son intégrité ; paralysie en somme purement motrice, étendue à tous les muscles de la région, accompagnée de la perte complète du sens musculaire ; paralysie n'ayant jamais altéré la réaction du courant faradique ; paralysie enfin bientôt suivie de la restauration des fonctions lésées.

Au point de vue de la nature des phénomènes paralytiques, l'auteur les considère comme des paralysies de nature réflexe, consécutives à une inhibition produite sur les centres moteurs de la région par la blessure du coude, chez des sujets évidemment prédisposés. Ici c'est le traumatisme opératoire périphérique qui a tout entier joué un rôle provocateur dont on attribue d'ordinaire une large part à la suggestion, et l'auteur ne peut voir quelle distinction il serait possible d'établir entre cette donnée et le sens que l'on attribue au mot d'hystéro-traumatisme. F. VERCHÈRE.

Ueber den Verlauf und Ausgang des tuberculösen Erkrankung des Ellbogengelenkes (Évolution et terminaison de la tuberculose de l'articulation du coude), par V. KOSIMA (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, *XXXV*, 1-2, *p.* 65).

Kosima a étudié dans ce travail tous les cas de tuberculose du coude

qui ont été soignés sous la direction de Kœnig, à Gœttingue, durant une période de quinze années. Des 136 cas qui sont rapportés par l'auteur, 115 ont été l'occasion d'opérations importantes et ces 115 sont résumés avec des détails suffisants. Dans les autres cas (21), au lieu d'amputation ou de résection, on s'est borné à faire des grattages, des résections atypiques ou partielles, etc. 108 fois on a fait la résection et il y a eu 3 morts opératoires (intoxication iodoformée, phtisie avancée, diphtérie). Restent 105 cas, sur lesquels 28 ont été perdus de vue. On a donc 77 observations sur lesquelles on peut tabler. Or il y a eu, sur ces 77 cas, 25 morts tardives, mais cependant survenues à une date assez rapprochée de l'intervention. Toutes ces morts sont dues à des lésions tuberculeuses ; 20 fois sur 25 on a noté que le décès était consécutif à la tuberculose pulmonaire. Un certain nombre d'opérés guéris ont suppuré ; mais les chiffres que donne Kosima n'ont pas grand intérêt, étant donné que les premières interventions remontent à une date assez éloignée. La résection a guéri dans 52 cas ; 45 fois complètement ; 27 fois dans des conditions telles qu'il y a mobilité au niveau de l'article, c'est-à-dire presque une restitution *ad integrum;* 15 fois avec ankylose en bonne position ; 3 fois avec coude flottant rendant impossible l'utilisation de l'avant-bras. Dans 7 cas, il y a eu guérison incomplète. 8 fois, Kœnig a fait l'amputation du bras ; il y a eu 2 morts. Pour les malades qui ont été traités par les procédés conservateurs, la mortalité est beaucoup plus élevée qu'à la suite des résections ou amputations ; comme bien on pense, les guérisons ont rarement été complètes. Non content de ces statistiques opératoires, Kosima en a établi une foule d'autres relatives à l'âge des malades ; il a établi sept groupes comprenant les patients au-dessous de 10 ans, de 10 à 20 ans, de 20 à 30 ans, de 30 à 40 ans, etc... Tous les chiffres qu'il a calculés à ce propos ont été réunis dans un tableau d'ensemble très touffu, qui termine ce travail. Cette longue analyse des opérés de Kœnig ne met malheureusement en relief que des faits déjà connus en ce qui concerne les résultats opératoires. MARCEL BAUDOUIN.

Bursitis inter tubercularis, par MOSETIG-MOORHOF (*Wiener med. Presse*, 23 *juillet* 1893).

Ce chirurgien attire l'attention sur une affection dont il n'a trouvé la description dans aucun classique et qu'il a cependant rencontrée fréquemment dans la pratique ; il le dénomme : « Bursitis intertubercularis » ou « Tendovaginitis capitis longi bicipitis » en désignant ainsi exactement son siège et sa nature. Tandis que, dans l'arthrite de l'épaule, les douleurs sont diffuses et généralisées, dans la « Bursitis intertubercularis » quelques mouvements seuls sont douloureux : les mouvements en arrière du bras ce qui s'explique par ce fait que, les lésions inflammatoires étant localisées à la gaine du tendon de la longue portion du biceps, les seuls mouvements douloureusement perçus et par suite soigneusement évités par le malade, sont ceux provoquant une extension forcée de ce tendon. Un autre symptôme existant de la « Bursitis intertubercularis » est la localisation absolue de la douleur à la pression le long de la coulisse bicipitale, sans du reste que l'on puisse constater aucune tuméfaction de la région. CART.

Sacro-iliac disease, par RIDLON et JONES (*Annals of surgery, mars* 1893).

La sacro-coxalgie, ordinairement secondaire au mal de Pott, apparaît de 17 à 30 ans, est le plus souvent de nature tuberculeuse. Pour van Hook dans la forme sèche le pronostic est bon, et dans la forme suppurée, exceptionnellement mauvais : pour Ridlon, les symptômes de plusieurs cas considérés comme des sacro-coxalgies non suppurées, ne permettent pas de porter ce diagnostic, et il considère que la terminaison fatale dans les cas de suppuration, a été due plus fréquemment au caractère de l'intervention qu'à la nature de l'affection.

Toute opération, disent Ridlon et Jones, qui n'aboutit pas à l'ablation totale des tissus tuberculeux et à l'occlusion de la cavité par première intention, sans drainage, doit être considérée comme ajoutant des chances défavorables à la vie du patient. La terminaison fatale est alors due à la septicémie, à la tuberculose intercurrente ou simultanée, où même à la tuberculose miliaire généralisée.

Comme la maladie paraît d'ordinaire, à l'âge adulte, et que l'article est facile à aborder, les auteurs considèrent que c'est d'après les signes de la suppuration que l'intervention doit être réglée. Si on peut découvrir un abcès dans l'intérieur du bassin, on trépanera l'os, l'abcès sera lavé, l'os malade enlevé, cautérisé, et la plaie sera refermée.

En l'absence de fluctuation, une incision peut être nécessitée par l'œdème ou la douleur, l'os peut être trépané pour un foyer caséeux. Mieux vaut répéter une opération si les suites l'exigent, que laisser un tube à drainage. L'opération terminée, le patient sera confiné au lit, jusqu'à disparition de tout phénomène local douloureux. MAUBRAC.

Iodoform injections in tuberculosis of the joints, par DARLING (*New York med. journ., p.* 490, 29 *octobre* 1892).

L'auteur se sert d'un mélange à parties égales d'eau et de glycérine auquel il ajoute 10 0/0 d'iodoforme ; il a soin de le faire bouillir longuement avant chaque injection et de stériliser les instruments. Avant l'injection on évacue le liquide articulaire, puis on lave la jointure avec une solution d'acide borique stérilisée à 3 0/0. Après l'injection on exerce de légères pressions pour favoriser l'action de l'iodoforme. On immobilise. L'injection est renouvelée au bout d'une ou plusieurs semaines suivant les cas.

Quatre injections ont suffi chez une fille de 6 ans, atteinte de tuberculose tibio-tarsienne ; trois pour une arthrite du poignet chez un garçon de 10 ans. Succès complet pour une arthrite tuberculeuse du genou chez un garçon de 6 ans ; grande amélioration chez un garçon de 19 ans.

L. GALLIARD.

De l'ankylose rectiligne du coude et de ses indications, par A. BOIFFIN (*Arch. prov. de chir., p.* 274, *mai* 1893).

L'ankylose rectiligne ou à angle obtus est utile dans certaines professions pour lesquelles c'est « la bonne position », l'ankylose fléchie étant « la position vicieuse ». Car, dans cette attitude, la vie individuelle est suffisamment assurée par l'autre membre supérieur, et la profession

peut être continuée quand le patient a grand intérêt à ne pas en changer.

On ne devra donc pas sans information préalable chercher à redresser toute ankylose rectiligne ; et en plaçant un appareil pour immobiliser un coude exposé à s'ankyloser, il faudra s'enquérir auprès du patient quelle est la position, fléchie ou étendue, qui lui sera la plus utile pour ses occupations ordinaires, quitte à voir plus tard si la résection ne serait pas indiquée pour améliorer cet état.

Enfin, dans le cas d'ankylose bilatérale, il est plus utile d'avoir l'un des coudes en extension plus ou moins complète, l'autre étant fléchi à angle droit, si la résection est contre-indiquée. F. VERCHÈRE.

Elongation of the ligamentum patellae, treated by transplantation of the tubercle of the tibia, par WALSHAM (*The Lancet*, *p.* 360, 18 *février* 1893).

La première observation est celle d'une femme de 21 ans, qui se plaignait de douleur, de difficulté dans la marche ; la rotule se luxait sur l'un ou l'autre des condyles et la marche était rendue presque impossible tant les chutes étaient fréquentes. Ces troubles paraissaient dus à un allongement du ligament rotulien.

Ce ligament fut raccourci par la transplantation du tubercule du tibia, en un point situé un pouce plus bas que son insertion normale. La guérison se fit par première intention ; le genou devint semblable au genou de l'autre côté ; la rotule ne pouvait plus être luxée et la marche était normale.

Walsham a observé et traité de même manière une autre malade. Il rappelle que Greig Smith (de Bristol) a raccourci dans un cas semblable le ligament rotulien lui-même et avec succès.

Keetley mentionne deux cas dans lesquels existait de la mobilité anormale de la rotule avec tendance à la luxation en dehors, surtout dans la flexion du genou. Dans un cas, il a enlevé un pont osseux de la rotule et raccourci l'aponévrose interne avec succès. MAUBRAC.

Rupture of the patellar attachment of the left quadriceps extensor cruris, par BAWDEN (*The Lancet*, *p.* 297, 11 *février* 1893).

Un homme de 69 ans fait une chute et tombe la jambe repliée sous lui : il lui est impossible de se relever.

Le malade examiné quelques instants après l'accident, présentait une rétraction des muscles extenseurs, laissant un espace de trois pouces entre le bord supérieur de la rotule et l'extrémité inférieure de l'insertion musculaire qui avait été arrachée.

On rapprocha, à l'aide du massage, les extrémités musculaires de leur insertion et le membre fut immobilisé dans un appareil plâtré durant plusieurs semaines.

La jambe resta atrophiée, plus faible que celle du côté opposé, mais permit au patient de reprendre ses occupations. MAUBRAC.

Luxations anciennes et irréductibles de l'épaule, par Pierre DELBET (*Arch. gén. de méd., janvier et février* 1893).

Dans les luxations anciennes de l'épaule, la tête humérale présente d'énormes modifications, qui portent sur toutes les parties constituantes de l'épaule : os, muscles, ligaments. On peut, d'une façon très générale, indiquer la cause de l'irréductibilité, en disant qu'elle est due à la persistance des causes d'irréductibilité primitive et aux phénomènes d'adapta-

tion ostéo-fibro-musculaires, qui ont pour résultat d'accommoder diverses parties à leur position vicieuse.

Parmi les méthodes de traitement employées autrefois, l'ostéotomie et l'ostéoclasie, les sections sous-cutanées sont actuellement abandonnées.

C'est à l'intervention à ciel ouvert qu'il faut recourir. L'arthrotomie est le moyen. La résection est l'expédient.

C'est à l'incision antéro-externe qu'il faut recourir. RICHARDIÈRE.

Traitement des luxations anciennes de l'épaule, par MAC CORMAC, SEVEREANU, POLLOSSON (7e *Congr. fr. chir. Bulletin méd.*, 5 *avril* 1893).

Mac Cormac rapporte l'observation d'un malade atteint de luxation ancienne non réduite de l'humérus, compliquée de fracture de l'extrémité supérieure de cet os : la luxation datait de 3 mois. L'incision classique fut pratiquée pour ouvrir l'articulation et, la tête humérale libérée, on fit une ablation de la grosse tubérosité et du tiers antérieur de la cavité glénoïde que la fracture avait détachées ; quelques portions fibreuses et osseuses de nouvelle formation furent également enlevées, et la réduction fut facilement faite ; malheureusement, il y eut dans la suite une suppuration abondante qui nécessita la résection de la tête humérale : après cette intervention l'amélioration fut rapide.

Mac Cormac est d'avis que la luxation naissante de l'épaule, irréductible par suite de fracture, doit être traitée d'emblée par la résection de la tête de l'humérus ; il cite à l'appui de cette opinion deux faits assez favorables de Croft et Clutton.

Severeanu, appelé auprès d'un malade dont une luxation sous-coracoïdienne datait de 4 mois, essaya la réduction par tractions portées, sous le chloroforme, jusqu'à 200 kilogrammes ; aucun résultat n'ayant été obtenu, il pratiqua une incision transversale au niveau des insertions acromiales du deltoïde et une incision verticale dans le sillon pectoral deltoïdien, et obtint ainsi un lambeau triangulaire. Celui-ci rabattu en arrière, la capsule, qui était tordue fut incisée et de nouvelles tentatives furent faites pour réduire la tête humérale, qui était intacte. Ces dernières restèrent encore infructueuses ; c'est alors que, passant une gouge derrière la tète et s'en servant comme d'un levier, on put aisément la replacer dans la cavité. 30 jours après le malade portait sa main à la bouche.

Pollosson cite trois cas de luxation, l'une de 6 mois et les deux autres de six semaines qui, ayant résisté aux manœuvres ordinaires, furent réduites par l'arthrotomie, l'incision interdeltoïdienne pectorale ayant été seule pratiquée.

Sur deux autres malades, âgées de 60 ans et de 64 ans, il a dû ajouter à l'incision verticale l'incision transversale pour obtenir un jour nécessaire. D'après cet auteur, l'irréductibilité tiendrait ordinairement à des épaississements inflammatoires, aux lambeaux de capsule et à la rétraction des muscles et de la peau. OZENNE.

Luxation de l'astragale avec torsion de cet os autour de son axe antéro-postérieur, par SEILER (*Rev. méd. Suisse romande, XIII, p.* 272, *avril* 1893).

C'est le deuxième cas publié; le premier l'a été par von Bergmann.

Homme de 43 ans, tombé verticalement sur le sol, d'une hauteur de 3 mètres; le pied gauche toucha le premier et se tordit en dehors. Pied déplacé en dehors et un peu en avant; l'astragale se trouve directement au-dessous de la malléole interne, sa surface articulaire avec le calcanéum tournée en

dedans, en sorte qu'il y a eu torsion de l'astragale de 90° autour de son axe longitudinal. Orteils fortement fléchis ; troubles de sensibilité à la plante. Abolition des mouvements actifs et passifs.

Après 2 tentatives infructueuses de réduction, on fait une incision antéro-interne, sur la crête interne du tibia, jusqu'au scaphoïde. On constate alors une fracture de la malléole interne au niveau du plateau tibial; la tête de l'astragale se trouve bridée par le tendon du jambier postérieur qui la retient fortement dans sa nouvelle position. En faisant glisser ce tendon par-dessus cette tête, au moyen d'un élévateur, l'os reprend sa position normale. Drainage, attelle. Marche au bout de 8 semaines; deux mois plus tard, il reste encore une certaine boiterie, mais le malade saute sur les deux pieds, malgré son poids (93 kilogr.), sans douleurs. J. B.

Luxation irréductible du pouce, par MAURICE POLLOSSON (*Arch. prov. de chir. p.* 161 *mars* 1893).

La luxation datait d'un mois et était restée irréductible malgré l'emploi de toutes les méthodes connues. L'incision montra un déplacement du tendon externe du court fléchisseur, des os sésamoïdes et de la capsule vers la face dorsale du métacarpien. L'obstacle était impossible à vaincre. Ces derniers éléments interposés entre la phalange et le métacarpe venaient butter contre le relief infranchissable de la surface située derrière le rebord cartilagineux.

L'irréductibilité ne tenait à aucun des deux mécanismes d'ordinaire invoqués, celui de la boutonnière ou celui du renversement de l'os sésamoïde. Il y avait interposition entre la phalange et le dos du métacarpien d'un cône musculaire et de la partie externe de la sangle gléno-sésamoïdienne avec impossibilité de faire glisser ces diverses parties par les procédés habituellement employés. D'où indication de l'intervention sanglante. F. VERCHÈRE.

Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses. Méthode sclérogène. Arthrectomie précoce et répétée, par MAUCLAIRE (*Thèse de Paris*, 1893).

Le système lymphatique joue un rôle important comme porte d'entrée ou comme voie de propagation, ou comme lieu de destruction du bacille tuberculeux. La voie sanguine ne joue qu'un rôle plus restreint, évident dans les cas de généralisation, probable dans quelques cas de tuberculose congénitale.

Mauclaire distingue des formes anatomo-pathologiques qui doivent servir de guide pour le traitement. Il distingue aussi des formes microbiennes d'ostéo-arthrites tuberculeuses, une forme à infection pure par le bacille tuberculeux et une forme à infection mixte. Dans cette dernière, la suppuration aggrave le pronostic. Au point de vue clinique, l'auteur admet quelques formes anormales créées d'après un symptôme prédominant (f. adéno-osseuse, névralgique, etc.).

Ces ostéo-arthrites doivent toutes, à leur début, être traitées par la méthode sclérogène soit pure, soit combinée à l'arthrectomie précoce et répétée. Les résultats éloignés de la méthode sclérogène sont des plus encourageants. Dans les formes non suppurées, elle donne presque toujours de bons résultats; dans les formes suppurées, elle prépare le terrain opératoire pour l'arthrectomie et, combinée à celle-ci, elle amène une guérison rapide. F. VERCHÈRE.

L'echinococco delle ossa lunghe, par Ed. SALVIA (*Il Progresso medico, p.* 161 *et* 185, 15 *et* 30 *avril* 1893).

Femme de 34 ans, éprouvant depuis 8 ans des douleurs dans le genou droit, avec gonflement et gêne des mouvements; la tuméfaction avait fini par occuper le sixième inférieur de la cuisse et la partie supérieure de la jambe; elle constituait deux saillies antéro-latérales et une saillie postérieure; le genou mesurait 65 centimètres de circonférence et son congénère 28. Etat général très bon. Une ponction fit sortir du pus crémeux comme celui des abcès aigus. On fit l'arthrotomie, qui permit l'évacuation d'abord d'une énorme quantité de pus pur, puis de pus mélangé d'hydatides et de membranes d'hydatides, provenant d'un kyste occupant la condyle interne du fémur; malgré de nombreuses contre-ouvertures, le pus séjourna dans la cavité, une fièvre intense se produisit et on dut amputer la cuisse à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen; guérison rapide. L'examen de la pièce montra que le kyste dépassait le tiers inférieur du fémur, il avait détruit complètement le condyle interne et empiétait sur le condyle externe; en outre on trouva deux petits kystes intermusculaires. GEORGES THIBIERGE.

Zur Frage über die nicht consolidirten einfachen Fracturen (Contribution à l'étude des fractures simples non consolidées des os longs, sans formation de pseudarthroses), par N. BLAGOWESTCHENSKY (*Archiv f. klinische Chirurgie, XLV*, 4).

On doit réserver le nom de pseudarthrose aux absences de consolidation, dans lesquelles se forment de véritables articulations avec synoviales; elles représentent le premier groupe de ce qu'on appelle généralement pseudarthrose. Le second groupe comprend toutes les fractures non consolidées sans formation de pseudarthoses, L'auteur rapporte un exemple de ce dernier genre, provenant de la clinique de von Bergmann. Il s'agit d'une jeune femme atteinte de fracture itérative des deux tibias, et chez laquelle l'absence de consolidation ne peut être rapportée à aucune tare organique. La seule cause à laquelle on dut se rattacher était un état compact, scléreux, des os, dans lesquels le canal médullaire et les canaux de Havers n'existaient qu'à l'état rudimentaire. REBLAUB.

De la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur, par Cl. MARTIN (*Arch. prov. de chir., p.* 597, *octobre* 1893, *et Thèse de Lyon*, 1893).

Les déformations consécutives aux résections du maxillaire peuvent être immédiates, secondaires ou tardives. Il peut arriver même qu'elles se fassent très rapidement si l'on n'a mis une pièce primitive et qu'on tarde même 24 heures à la remplacer par la pièce définitive.

Les troubles fonctionnels amenés par ces déformations, non seulement du maxillaire inférieur réséqué, mais encore du maxillaire supérieur sont nombreux et énumérés par l'auteur. Les conditions que doivent remplir les pièces prothétiques sont : d'empêcher les rapprochements des fragments osseux restants, de s'opposer à la rétrocession de la langue et de faciliter les mouvements de déglutition, de maintenir en place les parties molles qui étaient auparavant soutenues par la portion du maxillaire enlevé, de permettre les phénomènes physiques de la mastication; de s'opposer à l'écoulement continuel de la salive, de rendre à la parole et à la prononciation la netteté qu'elles avaient avant l'opération.

L'auteur conseille de mettre immédiatement après la résection une pièce de dimension et de forme identiques à la portion du maxillaire enlevée. Cette pièce est fixée par des prolongements venant emboiter les extrémités de l'os restant et vissés sur lui. Lorsque la portion d'os enlevé est considérable, la fixation est obtenue par une pièce palatine qui se raccorde à la pièce maxillaire par des ressorts.

Enfin ces pièces immédiates sont munies de canaux qui permettent des irrigations antiseptiques, sans qu'il soit besoin de déplacer la pièce.

F. VERCHÈRE.

De l'exploration intra-articulaire totale des principales articulations, par MAUCLAIRE (*Soc. anat., p.* 417, *juin* 1893).

Du travail de Mauclaire, il ressort que de tous les procédés opératoires pour enlever une portion seulement de l'articulation (os ou synoviale), les seuls procédés qui permettent d'explorer complètement toute la cavité articulaire, ce sont les procédés recommandés par Tilling, c'est-à-dire des ostéotomies temporaires. Il faut reconnaître cependant que ces ostéotomies sont souvent multiples, délabrantes et la reconstitution *ad integrum* peut paraître douteuse, bien que la consolidation des fragments soit assurée par une cheville d'os ou d'ivoire.

Malgré cela, ces ostéotomies temporaires au niveau des insertions ligamenteuses doivent être prises en très sérieuse considération, car seules elles permettent l'exploration intra-articulaire totale des articulations serrées, et ne paraissent pas devoir nécessairement compromettre la mobilité de celles-ci.

MAUBRAC.

Sur un procédé de résection du poignet, par WILLEMS (*Ann. Soc. belge de chir.*, 15 *juin* 1893).

Ce procédé opératoire qui ménage tous les tendons et réduit à un minimum, environ 2 centimètres, la dénudation de la surface du carpe, s'exécute ainsi : après avoir pratiqué l'incision de Langenbeck, on ouvre la capsule articulaire en passant entre le tendon du deuxième radial externe et le paquet de tendons extenseurs ; le grand os et le scaphoïde sont ainsi mis à nu ; le long de la lèvre interne de l'incision on dénude la partie moyenne du carpe sur un point où l'on applique une couronne de trépan de 2 centimètres de diamètre. Cette trépanation intéresse le corps du grand os en empiétant sur l'os crochu et sur le trapézoïde et en emportant l'apophyse styloïde du troisième métacarpien.

La tête du grand os devenue libre tombe et il en résulte une vaste brèche, que l'on augmente en ouvrant les deux articulations latérales du semi-lunaire que l'on extrait facilement. Cela fait, le scaphoïde, le pyramidal, le trapézoïde et l'os crochu sont aisément saisis et enlevés ; quant au trapèze, on le fait saillir dans la plaie et on l'extrait.

OZENNE.

Notes on 30 cases of excision of the knee-joint (genou), **par MILLER** (*The Lancet, p.* 237, 4 *février* 1893).

Des 30 opérés de Miller, deux sont morts : l'un trois ans et deux mois après l'opération, l'autre quatre jours après l'opération (cœur gras, anesthésie très accidentée).

Quatre malades durent être amputés pour récidive.

La résection fut pratiquée une seule fois pour arthrite syphilitique, et dans tous les autres cas pour arthrite tuberculeuse.

Les résultats éloignés sont intéressants à mentionner : Sur 13 opérations pour tuberculose synoviale, 10 ont donné un excellent résultat. 3 malades qui avaient des tubercules osseux ont heureusement guéri ; mais 12 malades dont les lésions étaient plus avancées, n'ont donné que 3 bons résultats : 4 ont dû être amputés et 2 sont morts. MAUBRAC.

Operations upon the knee joint (Opérations sur le genou), par C. T. POORE (*New York med journ.*, *p.* 57, 16 *juillet* 1892).

Poore a pratiqué la résection du genou chez 28 enfants : deux fois pour amener l'ankylose, huit fois pour remédier à des difformités, dix-huit fois pour des affections diverses : carie superficielle des os avec altération de la synoviale, panarthrite, abcès des épiphyses, synovite tuberculeuse, ankyloses.

La guérison a été obtenue dans 22 cas ; deux malades ont dû être amputés ; quatre sont morts. Les causes de mort ont été : tuberculose généralisée, tuberculose du cerveau, affection cardiaque, myélite.

Chez les opérés, le raccourcissement a été léger dans 5 cas, assez prononcé dans 10 cas.

Cinq fois Poore a pratiqué le grattage des surfaces articulaires ; mais sur les cinq opérés, deux ont dû subir ultérieurement la résection.

L. GALLIARD.

Cysto-chondrome de l'omoplate pesant 20 kilogrammes, par THIRIAR (*Ann. Soc belge chir.*, 15 *septembre* 1893).

Cette volumineuse tumeur, développée depuis 10 ans sur un homme de 43 ans, présentait les caractères suivants :

Siégeant à la partie moyenne de la face postérieure de l'omoplate droite, et mesurant 1 mètre 17 centimètres dans sa plus grande circonférence, cette tumeur était dure, rénitente, élastique et fluctuante sur certains points. Elle ne semblait adhérente qu'à l'omoplate. Pas de ganglions. Etat général excellent.

L'opération, qui a consisté dans l'ablation de l'omoplate avec résection du tiers externe de la clavicule, a eu des suites régulières et la guérison complète avec retour des mouvements du membre supérieur était obtenue en six semaines. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un enchondrôme hyalin avec dégénérescence myxomateuse. OZENNE.

Note sur les résultats éloignés de l'amputation inter-scapulo thoracique pour tumeurs malignes de l'omoplate, par Arthur RIVIÈRE (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 255, *avril* 1893).

Th..., 24 ans. Pendant cinq mois douleurs vives lancinantes dans le bras droit et apparition d'un sarcome de l'omoplate, en décembre 1890. Résection par A. Poncet de l'angle inférieur de cet os.

Un mois et demi après, apparition d'une tumeur ulcérée au niveau de la cicatrice ; cinq mois plus tard, Poncet fait l'amputation inter-scapulo thoracique. La cicatrisatton se fit en un mois et demi.

Un an après, le malade revenait avec une généralisation pulmonaire et mourait le 17 septembre 1892 au milieu de grandes souffrances.

La cicatrice était absolument saine, indolente même à la suite de pressions

fréquemment répétées comme le poids d'un fardeau; grâce à l'intervention qui était la seule possible eu égard à l'étendue de la lésion, le malade eut quatorze mois de survie, dont 12 dans un état de santé irréprochable.

F. VERCHÈRE.

De l'amputation des quatre derniers métatarsiens, par NIMIER (*Arch. gén. de méd., mars* 1893).

L'auteur accompagne une observation d'amputation des quatre derniers métatarsiens, des réflexions suivantes :

L'amputation partielle longitudinale du pied est plus facile, au point de vue opératoire, que les amputations transversales, celles de Lisfranc et de Chopart en particulier.

Le résultat fonctionnel éloigné est aussi satisfaisant que les meilleurs résultats fournis par les amputations typiques transversales, et cela avec une difformité moindre du pied. RICHARDIÈRE.

Réfection d'une mortaise tibiale, par TERRIER et HENNEQUIN (*Revue de chir.*, *n°* 8, *p.* 660, 1893).

Chez un malade atteint de fracture bimalléolaire ancienne avec consolidation vicieuse et déviation du pied en dehors et en arrière, Poirier fit le 11 mai 1891 la résection de la malléole interne et une section cunéiforme de la malléole externe pour arriver à replacer le pied en bonne position. Mais ce résultat ne se maintint pas, la malléole externe se résorba et le pied n'étant plus soutenu par les malléoles se dévia de nouveau.

En octobre 1892, Terrier et Hennequin constatent : déviation en dehors et un peu en arrière par translation en masse du pied gauche qui dans la station debout et la marche se met en léger valgus; absence des deux malléoles ; déviation en dedans de l'axe statique de la jambe; hypertrophie sensible de l'extrémité inférieure du tibia transformée en pilon; atrophie modérée des muscles du membre; pas de troubles vasculaires ni nerveux.

Le 6 novembre, Terrier pratique deux incisions longitudinales sur la face interne du tibia et sur le péroné, incisions profondes réunies en forme d'H par une incision transversale superficielle au-dessus de l'interligne tibio-tarsien. Pour assurer l'intégrité des gaines tendineuses, le périoste du tibia est décollé et soulevé avec les gaînes. Une mortaise est taillée dans l'extrémité renflée du tibia de façon à emboîter exactement l'astragale.

Malgré une légère infection de la plaie opératoire ét l'élimination de quelques petits séquestres, le résultat fut excellent. C. WALTHER.

Du traitement du pied plat valgus douloureux invétéré par la tarsectomie cunéiforme, par SCHWARTZ (*Revue d'orthopédie*, 1er *juillet* 1893).

Dans trois cas où une intervention était nécessaire, Schwartz enleva un coin du tarse au niveau de la région astragalo-scaphoïdienne, coin à base en dedans, à sommet en dehors, atteignant jusqu'au cuboïde. Puis, le coin enlevé, les deux faces osseuses furent rapprochées par une suture au fort fil d'argent. Il obtint ainsi la réduction du valgus et la réformation de la voûte plantaire. Il est bon, dans ce but, de tailler le coin plus large à la face inférieure qu'à la face supérieure. CART.

Traitement des pieds bots (varus équins) congénitaux difficiles, par Eug. VINCENT (*Arch. prov. de chir., mars, avril et mai* 1893).

La pratique de l'auteur lui est absolument personnelle. Elle combine l'emploi de trois moyens : l'ostéoclasie sus-malléolaire, le modelage du tarse sous l'ostéoclaste, la section sous-cutanée des parties molles aponévrotiques, tendineuses, fibreuses et ligamenteuses s'opposant au redressement du pied.

La tarsectomie, si elle donne de bons résultats immédiats, est une opération imprévoyante et dangereuse au point de vue de l'accroissement ultérieur du membre. Avec la méthode préconisée par l'auteur, ces troubles de développement ne se produisent pas. Les opérés marchent en appuyant sur le sol du talon aux orteils et non du talon seulement comme les tarsectomisés.

L'auteur donne la description de son procédé qu'il a modifiée d'après celui de Mollière, pour exécuter sa tarsoplasie et son ostéoclasie sus-malléolaire. Pour la tarsoplasie, le pied doit être placé à plat, sur la face interne. Le collier de l'ostéoclaste s'appuyant au-dessus de la malléole externe et recouvrant la ligne qui va du talon à la tête de l'astragale, ligne oblique. On redresse et on modèle le pied dans cette position. Puis on doit, dans un second temps, modeler le tarse antérieur. L'arc métallique de l'appareil est alors appliqué sur la ligne des cunéiformes, en arrière de l'articulation de Lisfranc.

Beaucoup moins de force est ici nécessaire, et on peut exécuter ce temps à la main. Les soins consécutifs ont trait à la plaie, à la fixation de la correction par des attelles plâtrées, la surveillance des attelles. La plaie sera lavée au sublimé et pansée à l'iodoforme, ainsi que tous les orifices des ténotomies, puis on placera les attelles plâtrées, en ayant soin de bien embrasser le bord interne du pied et le condyle interne du fémur. Les attelles plâtrées sont laissées en place quinze jours ou trois semaines et immédiatement on applique les appareils orthopédiques de Blanc. Enfin les soins consécutifs auront comme objectif de rendre les muscles au membre opéré. Sous cette condition, les résultats se maintiennent et se perfectionnent avec le temps. Si on les néglige, on s'expose à des récidives plus ou moins accentuées, suivant la perfection de la correction primitivement obtenue.

Sans fixer d'âge absolu pour l'intervention, l'auteur croit qu'en thèse générale, il vaut mieux attendre que l'enfant ait 3 à 4 ans.

L'intervention se modifiera suivant le varus équin auquel on a affaire. On commencera par la ténotomie habituelle, puis on essaiera le redressement manuel; on sectionnera l'aponévrose jusqu'au squelette sur la face interne et la face plantaire. On essaiera de nouveau le redressement manuel et, s'il peut suffire, on s'en tiendra là. N'obtient-on rien, on fera la tarsoplasie. Enfin s'il existe une incurvation en dedans (très rare en dehors), on fera l'ostéoclasie du tibia et du péroné.

L'auteur rapporte l'histoire de deux cent quatre opérés qu'il a pu suivre plus ou moins longtemps. F. VERCHÈRE.

Un cas d'arthrodèse pour pied bot paralytique varus équin, par SCHWARTZ (*Revue d'orthopédie*, 1er mars 1892).

Jeune homme de vingt-deux ans qui avait été vainement traité par la sec-

tion du tendon d'Achille et auquel Sch. fit l'arthrodèse d'après le procédé de Kirmisson.

Cinq mois après l'opération, on constate la bonne fixité du pied, une situation lui permettant d'appuyer par toute la plante, enfin une marche convenable. CART.

Traitement du pied-bot paralytique par l'anastomose tendineuse, par CERNÉ (*Normandie méd.*, 15 *octobre* 1893).

Enfant de trois ans, portant un pied bot paralytique varus équin. Dans une première séance on pratique la section du tendon d'Achille et, après avoir bien dénudé les tendons du jambier antérieur et des extenseurs, on dédouble le tendon du jambier antérieur dans une étendue de 2 centimètres. Sa portion externe, sectionnée en bas, est solidement fixée au tendon de l'extenseur commun et sa portion interne, avivée, au tendon de l'extenseur propre du gros orteil. Cette première opération a pour résultat de corriger l'équin, mais non le varus, contre lequel l'intervention suivante est effectuée six semaines plus tard.

Les mêmes tendons sont de nouveau découverts et sans toucher à celui du jambier antérieur, on raccourcit les tendons paralysés en les pliant suivant leur longueur et en les fixant par des crins de Florence. Le plaie guérie, on constate que les orteils sont bien redressés et, quoique le bord externe du pi porte encore plus que de raison, que la marche est facile sans boîterie et sans appareil. OZENNE.

A new operation for paralytic talipes valgus, par PARRISH (*New York med. j.*, *p.* 402, 8 *octobre* 1892).

Lorsqu'un muscle est atrophié ou paralysé, on peut charger un autre muscle de faire sa besogne, et pour cela on unit par une suture le tendon du muscle inerte au corps du muscle actif.

La paralysie infantile frappe souvent le tibial antérieur en respectant l'extenseur propre du gros orteil. L'auteur a donc eu l'idée de se servir de ce dernier muscle pour suppléer à l'inertie du premier.

Chez un enfant de 4 ans atteint de talipes valgus dû à la paralysie du tibial, il a mis à nu les tendons des 2 muscles, les a sectionnés et a suturé le bout périphérique du tibial antérieur au bout central de l'extenseur du gros orteil. Le résultat définitif n'est pas encore satisfaisant, car l'enfant a eu plusieurs atteintes du même mal, mais l'auteur pense que sa méthode mérite d'être appliquée dans d'autres circonstances. On pourra, par exemple, réunir le tendon du tibial postérieur et le tendon d'Achille. L. GALLIARD.

Ténotomie par l'ancienne méthode, par Fred. TREVES (*The Amer. j. of the med. sc.*, *p.* 15, *janvier* 1893).

Chez une malade de 21 ans, qui présentait une flexion du genou par contracture, l'auteur fit la section, à ciel ouvert, des tendons et la guérison fut parfaite. Par la méthode sous-cutanée il eût été impossible de sectionner les très nombreuses brides que l'on dut diviser; de plus, des sections sous-cutanées aussi nombreuses n'auraient pu être faites sans danger.

La section sous-cutanée ne peut atteindre que les tendons principaux, et ne divise pas les brides ou bandes fibreuses qui maintiennent le membre en mauvaise situation. Il est dès lors nécessaire d'employer une grande violence pour redresser le membre et briser les adhérences

Par l'incision à ciel ouvert, on les voit, on les cherche et on les sectionne, d'où facilité de redressement sans violence.

L'ancienne méthode est beaucoup plus efficace et beaucoup moins dangereuse, et doit être adoptée préférablement à la nouvelle.

F. VERCHÈRE.

De quelques malformations congénitales de l'omoplate, par KIRMISSON (*Rev. d'orthopédie*, 1er *septembre* 1893).

Kirmisson attire l'attention sur certaines malformations congénitales de l'omoplate peu décrites jusqu'ici. Il s'agit du refoulement congénital de l'omoplate par en haut, accompagné ou non d'une rotation de l'os sur son axe, telle que l'angle inférieur de l'omoplate est dirigé vers la colonne vertébrale, tandis que le bord axillaire regarde directement en bas. Il en rapporte deux observations qui lui sont personnelles et qui s'ajoutent à celles précédemment publiées par Sprengel et Schlange en Allemagne.

K. pense qu'il s'agit, dans ces faits d'une malformation osseuse primitive. CART.

I. — Ueber Knochenplombirung (Plombage des os), par DREESMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 19, *p.* 445, 1893).

II. — Ueber Knochenplombirung mit Kupferamalgam, par O. J. MAYER (*Ibid.*, *n°* 29, *p.* 416, 1893).

I. — On peut plomber les cavités qui résultent de la carie des os, des abcès, des tumeurs, de l'élimination des sequestres osseux, comme on plombe les dents cariées. Dreesmann a utilisé pour cela le plâtre, après avoir désinfecté les cavités osseuses à l'aide du sublimé, séché ces cavités avec la gaze iodoformée, et pulvérisé de l'iodoforme.

1° Un garçon de 4 ans, atteint de carie du tibia gauche, subit l'évidement ; on creuse une cavité capable d'admettre une noisette, et on y place un mélange de plâtre vulgaire et d'eau phéniquée à 5 0/0. Suture de la peau au-dessus de la cavité plâtrée ; bandage compressif; suspension du membre pendant huit jours. Au bout de 10 jours on constate une légère suppuration ; on enlève les fils. Trois semaines plus tard, guérison complète. La cicatrice est unie et lisse, non adhérente au squelette. L'enfant marche sans difficulté.

2° Garçon âgé de 12 ans, atteint de carie du cubitus gauche, avec deux fistules. Deux cavités créées à l'aide de la curette tranchante, l'une grande comme une noisette, l'autre comme un noyau de cerise sont remplies de plâtre d'après le procédé employé dans le cas précédent. On les recouvre en déplaçant un lambeau de peau. Le vingt-troisième jour, on est obligé d'enlever un des bouchons de plâtre, lequel est soulevé par un abcès. Plus tard, guérison complète.

3° Fille de 13 ans, traitée de la même manière pour une carie du tarse. Le plombage effectué en deux points a produit lentement la guérison d'une seule cavité; à l'autre correspond encore une fistule ouverte.

La grande difficulté de la méthode, c'est la désinfection complète du terrain morbide. Les cavités ne doivent pas être spacieuses.

II. — L'auteur n'a pas été satisfait de l'usage du plâtre conseillé par Dreesmann pour le plombage des os. Il a cherché une autre substance. En se fondant sur l'expérience des dentistes, il déclare que la matière ne

doit pas être seulement aseptique mais antiseptique, afin de détruire les microbes des cavités osseuses; en outre elle doit être légère et prompte à durcir.

L'amalgame de cuivre, employé par les dentistes, réunit toutes les qualités. Sa vertu microbicide a été démontrée par Behring et vérifiée par l'auteur lui-même.

Celui-ci a expérimenté sur des chiens.

La cavité osseuse doit être sèche ; on peut la sécher à l'aide de l'alcool et de l'éther.

L'épiphyse supérieure du tibia est creusée à l'aide d'une gouge, jusqu'à la moelle, sur une chienne âgée de 6 mois ; la cavité est tapissée d'amalgame de cuivre. La plaie est suturée au catgut et se ferme au bout de 18 jours. Le quarante-cinquième jour on sacrifie l'animal. Le tibia est épaissi, il n'y a pas de fistule. Une section longitudinale montre que le tissu osseux néoformé a comprimé l'amalgame et en a réduit le volume en faisant disparaître presque complètement la cavité dont il était creusé. L'amalgame ne se présente plus que sous forme d'une mince couche. Le tissu osseux est coloré en noir autour de l'amalgame.

Une chienne âgée de 6 mois subit la même opération que la précédente, mais, au lieu d'amalgame de cuivre, l'auteur emploie le ciment d'Havard. Même marche de la cicatrisation qui est complète en quinze jours. Au bout de 44 jours l'inclusion du plombage est complète. Le tissu osseux environnant est jaunâtre.

Une troisième expérience faite avec les deux matières associées a donné des résultats moins satisfaisants. L. GALLIARD.

Zur Operation der grossen Chondrome des Rumpfes, par W. von NOORDEN (*Deutsche med. Woch.*, n° 15, *p.* 346, 1893).

Dans la première de ces opérations, Mikulicz a excisé un segment important du diaphragme.

1° Forgeron de 54 ans, portant au côté gauche du thorax un myxochondrosarcome kystique, dont l'axe vertical mesure 35 centimètres, et l'axe antéropostérieur 26 centimètres. La tumeur a la forme d'une poire. On fait une incision longitudinale, et, après dissection de la tumeur, on constate qu'elle fait corps avec les septième, huitième, neuvième, dixième et onzième côtes. Tandis qu'on dissèque le périoste, le pneumothorax se produit. On se hâte donc de réséquer trois côtes et d'enlever simultanément les muscles intercostaux. A la partie inférieure, on s'aperçoit que le diaphragme est compris dans la tumeur et qu'il se déchire. Il faut donc exciser un lambeau de diaphragme large comme la paume de la main. Extirpation de la tumeur, résection d'une quatrième côte, ablation des prolongements postérieurs du néoplasme.

Les anses intestinales se précipitent dans le thorax. Il est donc urgent de suturer le diaphragme; la chose ne peut se faire qu'en ayant recours aux muscles de la paroi.

Pincement des vaisseaux; tamponnement; assèchement de la cavité pleurale; enfin suture de la paroi thoracique.

Au bout de huit jours, on pratique, au côté gauche, une ponction qui fournit 1 litre et demi de sérosité sanguinolente. Dès lors, la guérison est obtenue sans incident.

Quatorze mois après l'opération, l'état général est bon, l'opéré a repris ses occupations. On constate à la base gauche une rétraction du thorax, mais

le poumon descend jusqu'à la neuvième côte; le pneumothorax n'existe plus. Pas de scoliose. Pas de récidive du néoplasme.

2° Myxochondrome du bassin, plus gros qu'une tête d'adulte, chez un homme de 46 ans. Première opération en décembre 1890. Récidive. Envahissement de la paroi abdominale, des lombes et de la région sacro-iliaque; tumeur presque aussi grosse que la première fois. Seconde opération en janvier 1892. L'opéré guérit, mais, depuis cette époque, la tumeur récidive.

L. GALLIARD.

A new method of direct fixation of fragments in compound and ununited fractures, par SENN (*Med. news*, p. 614, 3 *juin* 1893).

La fixation directe des fragments est indiquée dans toutes les fractures compliquées lorsque la contention parfaite ne peut être assurée par de plus simples mesures, et dans le traitement des fractures non réunies, qui réclament une intervention opératoire. Cette méthode est aussi applicable au traitement de certaines formes de fractures sous-cutanées, dans lesquelles la réduction et la contention ne pourraient être obtenues par les moyens ordinaires.

Découvrir les fragments d'une fracture compliquée constitue le meilleur moyen pour en assurer la désinfection, en même temps que la réduction et la fixation des fragments préviendront le plus sûrement le retard ou l'absence de consolidation et les difformités. Une fracture compliquée doit être considérée sous le même point de vue qu'une lésion des parties molles et traitée selon les mêmes principes, c'est-à-dire assurer l'union des différents éléments anatomiques.

La suture osseuse, les chevilles d'os ou d'ivoire ne fournissent pas un degré suffisant de contention et d'immobilisation pour le traitement direct des fractures caractérisées par une forte tendance au déplacement. Un moyen plus efficace est constitué par les attelles pleines intra-osseuses d'os ou d'ivoire, de Heine, de Langenbeck, qu'on peut avantageusement remplacer par des cylindres d'os ou d'ivoire, creux, perforés, qui ne contrarient pas la formation du cal. Le moyen le plus sûr et le plus efficace pour maintenir la coaptation dans les fractures obliques, est une virole osseuse qn'on doit appliquer de telle sorte qu'elle enserre les fragments. Ainsi donc, une attelle circulaire, absorbable, directement appliquée, préviendra tout déplacement latéral ou longitudinal : quant à la rotation des membres ou à la déviation du siège même de la fracture, elles seront prévenues par un appareil plâtré. Si la fracture ne réclame pas le drainage, la plaie tout entière sera fermée à l'aide de sutures superficielles et profondes : quand à la virole osseuse, elle sera résorbée. Mais si le drainage est indispensable, c'est-à-dire si les plaies sont suppurées, on n'enlèvera la virole que lorsqu'il y aura déjà consolidation des fragments. Si l'expérience démontrait que la substance osseuse n'est pas suffisamment absorbable, on pourrait préparer des viroles semblables avec du tissu osseux en partie décalcifié ou avec du catgut chromique.

Roswell Park s'est servi avec succès de catgut chromique ou de crin de Florence pour des sutures osseuses, mais il préfère dans les fractures obliques jeter une suture circulaire autour de l'os. Il lui semble que l'application de la virole de Senn entraînera des dégâts considérables des parties molles et pourra déterminer des points nécrotiques.

Dennis a l'habitude de pratiquer la suture de l'os fracturé, et a toujours eu d'heureux résultats. Incidemment, Dennis rapporte qu'il a vu cinquante cas environ de sarcomes dont le développement paraît lié à un traumatisme osseux ; dans ce cas, il y avait eu le plus souvent mobilité des fragments. La virole de Senn pourrait être appliquée sans causer beaucoup de dommage aux parties molles, si on la divisait en deux parties, qu'on pourrait solidement assujettir après leur application.

En terminant la discussion, Senn fait remarquer qu'il n'y a pas de méthode de fixation directe qui puisse permettre de supprimer les appareils externes de contention. MAUBRAC.

Beitrag zur Lehre von der Polymastie..... (Contribution à l'étude de la polymastie et de ses rapports avec les tumeurs de la mamelle), par E. MARTIN (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLV*, 4).

E. Martin rapporte l'observation d'une femme de 32 ans, atteinte d'une mamelle surnuméraire complète mais atrophiée au-dessous d'une mamelle gauche normalement développée. A côté de cette mamelle surnuméraire et reliée à elle par un pédicule se trouvait une tumeur que l'examen histologique démontra être un fibroadénome. Cette tumeur avait manifestement pour point de départ la mamelle surnuméraire, car dans le pédicule on trouva des canalicules, tapissés d'épithélium, et qui ne pouvaient être que des canalicules galactophores.

L'auteur n'a pu trouver dans la littérature médicale qu'un seul cas semblable de Fœrster. Tous les autres, réputés tels, ne sont en réalité que des tumeurs développées dans des lobules aberrants, et non dans des mamelles surnuméraires. REBLAUB.

Epithélioma du dos de la main. Propagation aux vaisseaux et aux nerfs, par J. REBOUL (*Arch. prov. de chir., p.* 114, *février* 1893).

L..., 65 ans, portait une petite verrue à la partie supérieure de la face dorsale du premier espace interosseux de la main droite. Au bout d'un an la tumeur avait progressivement augmenté de volume, s'était ulcérée et occupait tout l'espace interosseux où on pouvait voir la tête dénudée du deuxième métatarsien ; l'index est luxé, sa base détruite. La racine du médius est envahie. Le pouce est décharné; son squelette et ses tendons sont à nu au milieu des fongosités. L'épithélioma s'étend jusqu'au carpe et les tissus sont infiltrés jusqu'au poignet. Adénopathies sus-épitrochléennes et axillaires.

Amputation de l'avant-bras et ablation des adénites. Un mois après le malade sort présentant un facies cachectique ; le moignon est tuméfié et induré. Le bras, le moignon de l'épaule, la partie supérieure du thorax sont le siège d'un empâtement diffus et consistant.

L'examen histologique montre les lésions de l'épithélioma pavimenteux lobulé. Les vaisseaux au-dessus de la tumeur sont enfouis au milieu des boyaux épithéliaux, leurs parois sont épaisses, sclérosées, leur endothélium a végété et leur lumière est parfois obstruée par des végétations.

Du côté des nerfs on trouve une infiltration embryonnaire de l'enveloppe conjonctive et surtout de la gaine lamelleuse, des faisceaux conjonctifs extra et intra-fasciculaires, d'où le refoulement et l'atrophie des tubes nerveux.

On peut donc trouver là le processus d'envahissement de l'épithélioma. Les cellules épithéliales apportées par les capillaires et les lymphatiques, s'infiltrent dans les tubes nerveux, puis meurtrissent le tissu conjonctif péri-fasciculaire et enfin la gaine conjonctive du tronc nerveux, se propa-

geant alors dans le tissu cellulaire. L'envahissement primitif par le tissu conjonctif paraît ne se produire que lorsque le nerf plonge au milieu du néoplasme. F. VERCHÈRE.

Can a septic bullet infect a gunshot wound? (Une balle septique peut-elle infecter une blessure par arme à feu?), par **LAGARDE** (*New York med. journ.*, *p.* 458, 22 *octobre* 1892).

En examinant un certain nombre de balles livrées par les manufactures, l'auteur a constaté que 53 0/0 de ces balles étaient absolument stériles et que 47 0/0 pouvaient être considérées comme pratiquement stériles. Des balles de revolver ayant été traînées dans la poussière furent utilisées comme projectiles et recueillies sur une toile métallique stérilisée placée à 30 pas : dès lors elles faisaient naître des colonies dans l'agar-agar, ce qui prouvait que le passage dans l'arme à feu ne les avait pas purifiées. Sur 37 balles de revolver souillées de différentes façons par des cultures charbonneuses, projetées et recueillies de même, 34 ont fait naître des colonies.

Des balles de révolver et de fusil, enduites de cultures charbonneuses et tirées à quelques pas, ont infecté des lapins et un veau dont les organes présentaient, à l'autopsie, de nombreux bacilles charbonneux.

L. GALLIARD.

Traitement antiseptique des brûlures, par **Mme NAGEOTTE** (*Thèse de Paris*, 1893).

Mme Nageotte établit que les brûlures récentes, qu'elles soient superficielles ou profondes, peuvent guérir sans suppurer lorsqu'on les traite par une antiseptie rigoureuse. Lorsqu'une brûlure a commencé à suppurer, on peut encore la désinfecter complètement; l'évolution ultérieure est alors presque la même que si l'infection n'avait pas eu lieu. Quand la suppuration est établie depuis quelque temps et que la surface a commencé à bourgeonner, la désinfection est encore très utile, mais elle ne parvient plus à tarir la suppuration.

L'anesthésie générale est souvent indispensable pour arriver à la désinfection complète des brûlures; le chloroforme est bien supporté, même dans les brûlures très étendues.

Le choix des topiques importe relativement peu pour les brûlures non suppurées. L'emploi prolongé des substances antiseptiques entrave l'épidermisation et retarde la cicatrisation des plaies bourgeonnantes et ulcéreuses. Lorsqu'une brûlure est aseptique, elle devient immédiatement indolente; l'asepsie est le meilleur des moyens analgésiques et, naturellement, le seul inoffensif.

La guérison aseptique des brûlures est rapide; elle demande une huitaine de jours pour les brûlures au deuxième degré, quelle que soit leur étendue; deux à trois semaines pour les brûlures au troisième degré. Elle s'effectue sans laisser de traces pour les deuxième et troisième degrés; elle laisse des cicatrices visibles, mais non rétractiles, pour les brûlures au quatrième degré; les cicatrices des brûlures profondes sont d'autant moins difformes que les plaies ont moins suppuré.

R. FAURE MILLER.

I — Note à propos d'un cas de hernie musculaire, par HARTMANN (*Revue de chir.*, *n°* 6, *p.* 508, 1893).

II.— De la cure radicale des hernies musculaires, par CHOUX (*Ibid.*, *n°* 6, *p.* 485, 1893).

I. — Chez un homme de 40 ans, 2 mois environ après une chute qui détermina une fracture compliquée du fémur droit, apparut une petite tumeur sur la face antéro-externe de la cuisse. C'est 3 ans plus tard qu'Hartmann examina le malade et reconnut une double hernie musculaire se faisant par deux petits orifices superposés de l'aponévrose et présentant les caractères de la hernie vraie : disparition de la tumeur pendant l'extension passive ou active du muscle, réapparition de la tumeur pendant le relâchement.

Opération : mise à nu de l'aponévrose, suture en capiton sur les deux orifices avec de la soie. Repos au lit pendant 15 jours. Guérison. 6 mois après cicatrice bonne ; cependant un petit orifice à la partie supérieure de la cicatrice aponévrotique mais sans hernie du muscle.

II. — Hernie musculaire du jambier antérieur droit par distension de l'aponévrose d'enveloppe. Incision de la peau, au niveau de la tumeur, dans une étendue de 7 centimètres ; incision correspondante de la gaine aponévrotique ; résection sur une largueur de 3 à 4 millimètres de chacune des lèvres fibreuses de l'incision. Ligatures constrictives, au crin de Florence, placées sur la moitié antérieure de l'épaisseur du muscle, perpendiculairement à la direction de ses fibres. Sutures, au crin également, des lèvres de la solution de continuité aponévrotique et de l'incision cutanée. Pansement antiseptique et compressif. Immobilisation de la jambe et du pied dans une gouttière en zinc laminé enveloppant toute la circonférence de la jambe et séjour au lit prolongé jusqu'au 20e jour. Guérison complète et vérifiée au bout de 3 mois.

Choux a réuni 4 autres observations d'opérations de cure radicale de hernies musculaires, tentées depuis la pratique de l'antisepsie et avec l'objectif précis, non plus d'oblitérer l'orifice herniaire par une plaque cicatricielle, mais bien de le refermer par une suture absolument hermétique. Sur ces 5 opérations, 2 ont donné un succès complet et persistant (obs. de Choux et de Giers) : 2 ont donné un succès incomplet (Sellerbeck et Gazin) ; 1 a abouti à un insuccès complet. C. WALTHER.

Sur le traitement du tétanos, par P. BERGER (*Bull. Acad. méd.*, 23 *mai* 1892).

Dans un cas, communiqué par Cerné, il s'agit d'un jeune homme atteint d'une plaie contuse du médius. Les injections de morphine et le chloral ne maîtrisant pas les accidents tétaniques, on pratique l'amputation du doigt le dix-neuvième jour de l'accident. Guérison.

Le second fait, rapporté par Darolles, concerne un jeune garçon dont une scie mécanique a presque séparé du doigt la deuxième phalange du pouce. Tétanos le dix-neuvième jour; après l'emploi du choral, extraction d'un fragment osseux nécrosé au bout de 10 jours; guérison.

La troisième observation, due à Folet, est celle d'un individu dont le membre inférieur avait été mutilé par un grave traumatisme. En plein tétanos, on le chloroforme, on incise et on draine les foyers purulents et chaque jour on irrigue les plaies avec 8 ou 10 litres d'eau phéniquée. En même temps traitement morphiné et chloralé; disparition du tétanos le sixième jour et guérison.

A l'occasion de ces faits et de quelques autres, Berger, rappelant les recherches de Galmard (voy. *R. S. M.* XLII, 510), montre que les injections de sérum n'ont pas l'influence qu'on leur a attribuée sur la marche du tétanos déclaré.

Quant à l'amputation et aux larges interventions, il est évident qu'elles ne doivent être entreprises que si la nécessité le commande. Bien que l'on ne puisse formuler de règles à cet égard, on peut dire : L'amputation, pratiquée dans les tissus sains, met le blessé dans les meilleures conditions pour la guérison du tétanos traumatique. Elle doit être exécutée de bonne heure si la mutilation n'est pas trop étendue.

Verneuil insiste sur les observations où l'amputation a été pratiquée, et tout en reconnaissant qu'elle est parfois utile, il lui semble qu'elle a été souvent impuissante et parfois nuisible.

Il aborde ensuite la prophylaxie de la maladie et expose le plan général du traitement topique des plaies suspectes d'être tétanifères.

Ce plan repose principalement sur l'interdiction de la réunion par première intention, le bain permanent antiseptique ou la pulvérisation phéniquée de la surface traumatique, l'abstention de manœuvres chirurgicales et d'attouchements capables de blesser les plaies infectées.

OZENNE.

Le tétanos et les antiseptiques, par PEUGNIEZ (*Arch. prov. de chir., p.* 393 *et* 461, *août* 1893).

Rapprochée du résultat des statistiques cliniques, l'expérimentation autorise à considérer les pansements antiseptiques comme incapables de prévenir le tétanos. Lorsque les conditions de la plaie sont défavorables, l'infection survient d'une manière fatale et en dépit de tous les moyens de traitement. Les inoculations anti-tétaniques n'ont pas donné tous les résultats que l'expérimentation semblaient permettre d'espérer. La seule ressource qui reste actuellement, c'est de modifier, par des moyens mécaniques, l'état des plaies exposées, par leur nature ou par leur siège, à être envahies par le tétanos.

L'amputation doit être rejetée, à moins que l'on ait à faire à quelques plaies des orteils ou des doigts.

Peugniez propose, lorsque l'on se trouve en présence d'une plaie pouvant être supposée prédisposée au tétanos de faire le nettoyage de cette plaie par la curette avec soin, fouillant toutes ses anfractuosités par les lavages prolongés (sous le chloroforme) avec la brosse et le savon, l'éther, l'alcool, le sublimé, par la régularisation des lambeaux et l'extraction des séquestres et des parties sphacélées ou menacées de se sphacéler. Enfin il faudra se rappeler que le chirurgien ayant été en contact avec un tétanique, pourra être encore longtemps tétanifère, et que difficilement il pourra par les moyens appropriés se délivrer de ces germes; les instruments qui ont opéré un tétanique sont particulièrement dangereux. Une stérilisation à l'étuve à 200° pendant plusieurs heures est indispensable.

F. VERCHÈRE.

Restauration de la paume de la main, par L. DEFONTAINE (*Archiv. prov. de chir., p.* 435. *juillet* 1893).

Fille de 15 ans, ayant eu, à 18 mois, la main gauche brûlée; il en était resté une telle infirmité que la main n'était d'aucune utilité. Elle reste complètement fermée, le pouce et l'index recouvrant les autres doigts. Ce n'est qu'en les écartant artificiellement de la paume de la main que l'on peut aper-

cevoir les brides qui les y maintiennent fixés. Les trois derniers doigts sont réunis par une cicatrice palmaire à la partie supérieure des éminences thénar et hypothénar. L'index est réuni à la commissure unissant le pouce au médius par une bride qui vient aboutir au niveau de l'articulation des deux premières phalanges du médius. Les téguments palmaires de la commissure du pouce et de l'index ont été entièrement détruits, ses téguments dorsaux ayant été respectés. Il en résulte que le pouce est attiré en flexion et en adduction sur le médius toujours fléchi et que l'index comme placé hors rang, chevauche sur la face dorsale du médius qu'il croise en arrière.

Opération le 19 août 1892. Incision transversale de la paume de la main jusqu'aux tendons fléchisseurs exclusivement. Les doigts, malgré l'incision, ne peuvent dépasser l'angle droit.

L'autoplastie par la méthode italienne s'impose, et Defontaine fait choix de la région lombaire droite pour fournir le futur lambeau palmaire.

Deux incisions distantes de 10 centimètres et longues de 15 sont faites parallèlement de façon à créer un pont cutané que l'on débarrasse soigneusement de son tissu cellulo-adipeux. La main est alors passée au-dessous du pont, de façon à ce que la paume cruentée réponde à la face profonde du lambeau, que l'on suture à la soie. Le membre est fixé dans cette situation par des bandes et de l'ouate. Quinze jours plus tard, le pansement est levé et le lambeau lombaire libéré.

La cicatrisation se fit progressivement. Le lambeau est bien greffé. Trois mois plus tard, Defontaine dut faire une petite autoplastie complémentaire avec un lambeau pris sur le dos de la main et qu'il put faire pivoter.

Le résultat acquis est excellent. La main s'ouvre naturellement et la malade en fait un usage courant. F. VERCHÈRE.

Des amputations élevées dans la gangrène sénile, par Charles POWERS (*Amer. j. of the med. sc.*, p. 562, *novembre* 1892).

L'auteur rapporte l'observation d'un malade de 67 ans pour lequel on dut faire une amputation pour gangrène sénile à la partie moyenne de la cuisse. Pas de choc après l'opération. Mais 24 heures après, la respiration devint laborieuse. A l'auscultation on trouve une pneumonie hypostatique des deux poumons, et le patient mourut le 3e jour. A l'autopsie la plaie était réunie par première intention.

Sur 30 amputations faites sur 25 malades (quelques-uns en ont eu plusieurs), il y avait 10 opérations secondaires pour sphacèle du lambeau qui toutes guérirent. Sur 11 diabétiques amputés il y eut 6 guérisons et 5 morts (de ceux qui avaient de l'albumine un seul survécut.) Sur 14 amputés pour gangrène sénile 9 guérirent et 5 moururent : 2 cas par gangrène du lambeau et infection, un au 9e jour par arrêt du cœur, 1 cas par pneumonie hypostatique, enfin un dernier au 9e jour avec myocardite, néphrite et ascite. F. VERCHÈRE.

Traitement des tuberculoses chirurgicales suppurées par l'eau bouillante, par JEANNEL (*Gaz. des hôp.*, 25 *mai* 1893).

Jeannel, après avoir rappelé, ce qui est démontré, que la chaleur détruit le bacille tuberculeux, ses toxines et tous les éléments tuberculeux, montre que l'on atteint ces résultats en employant deux méthodes: la méthode rapide pour les températures au-dessus de 70° et la méthode lente pour les températures au-dessous de 70°. Il discute et critique les différents procédés d'application de la chaleur (cautérisation, flambage

de Félizet, surchauffage de Verneuil), et il préconise la stérilisation par la chaleur humide, c'est-à-dire l'ébouillantement.

Par ce procédé, dont il expose le manuel opératoire, variable suivant que l'on traite un abcès froid non ouvert, ou une plaie fraîche de résection, la chaleur humide à 100 ou 110° tue plus sûrement le bacille, partout où il existe, et décompose ses toxines.

L'auteur a employé l'ébouillantement dans quatre cas d'ostéo-arthrites tuberculeuses, qui avaient résisté à tout traitement ; il a obtenu deux guérisons et deux améliorations. Sur sept autres malades qui n'avaient encore été soumis à aucun traitement, il a eu aussi recours à la même thérapeutique comme complément d'actes opératoires, et il a constaté que les résultats étaient très favorables, toute autre conclusion ne pouvant maintenant être formulée à cause du peu de temps écoulé depuis l'application du procédé. OZENNE.

Deux observations de hernies congénitales de la période embryonnaire traitées avec succès par l'opération de la cure radicale, le 2e et le 4e jour après la naissance, par Paul BERGER (*Rev. de chir., p.* 797, 1893).

1° Chez une petite fille qui venait de naître, Berger constata l'existence d'une hernie ombilicale embryonnaire, du volume d'un petit œuf de poule ; pédicule gros comme le pouce, recouvert sur une hauteur de 2 à 3 centimètres par des téguments normaux ; au-delà par les enveloppes du cordon. La partie supérieure de la tumeur se présente comme une plaque dure, résistante, absolument irréductible, la partie inférieure au contraire, est facilement réductible.

Opération le lendemain de la naissance. Chloroformisation. Réduction des anses qui occupent la partie inférieure de la hernie; incision de la poche ; à l'intérieur de cette poche qui communique largement avec l'abdomen, on trouve le cœcum muni de son appendice, le côlon ascendant et une bonne partie du côlon transverse qui adhèrent de la façon la plus intime à la paroi supérieure dans toute sa longueur au niveau de l'endroit où les vaisseaux ombilicaux côtoient la partie supérieure de la tumeur. En ce point, la paroi est constituée par une membrane très vasculaire, péritoine, qui cesse à quelques millimètres de la circonférence de l'intestin adhérent et qui est remplacée dans tout le reste de la surface interne de la cavité par une membrane blanchâtre d'apparence anhiste, amorphe, non vasculaire, d'un aspect identique à celui de l'amnios, mais séparée de la membrane externe amniotique par une mince couche de gélatine de Wharton. Le sac étant ouvert dans toute sa hauteur, on circonscrit l'adhérence du gros intestin à sa face supérieure par une incision suivant la ligne qui marque la continuation du péritoine avec la membrane amorphe de revêtement interne et toute cette plaque péritonéale adhérente est soigneusement disséquée du reste des enveloppes jusqu'au niveau du pédicule. Pour réduire le cæcum et le côlon, la paroi abdominale est fendue de 2 centimètres au-dessus et au-dessous de l'anneau. Suture de la paroi en trois plans. Pansement au collodion ; guérison.

2° Enfant âgée de 3 jours. Hernie ombilicale occupant la base et la partie latérale droite du cordon, irréductible, avec menace de rupture par ulcération du sillon qui sépare les téguments des enveloppes du cordon. Incision des enveloppes. On trouve dans la poche, le cæcum avec son appendice et le côlon ascendant. Comme dans le cas précédent, adhérence du côlon au péritoine très vasculaire qu'il faut détacher avec l'intestin. Réduction en incisant la ligne blanche de 3 centimètres au-dessous de l'ombilic.

Suture en étage de la paroi abdominale ; guérison.

Berger insiste sur la disposition de la membrane interne de la poche herniaire et montre qu'il reste acquis que, dans les hernies ombilicales de la période embryonnaire, la membrane d'enveloppe profonde qui se continue avec la péritoine pour tapisser la cavité herniaire, n'est pas vasculaire, on n'est vasculaire que dans une partie de son étendue, et que, dans tout le reste de sa superficie, elle a conservé ses caractères de membrane embryonnaire, caractères tout à fait distincts de ceux du péritoine fœtal; elle n'est donc pas constituée par le péritoine.

Le traitement de l'exomphale du cordon doit être la cure radicale conduite comme celle de la hernie ombilicale ordinaire. Il faut disséquer et réduire avec l'intestin les adhérences intimes et très vasculaires de la zone péritonéale. La suture en étage après la résection des bords de la peau ombilicale et le pansement collodionné assurent une bonne réunion.

C. WALTHER.

Cystocèle crurale, par GUÉPIN (*Revue de chir.*, n° 8, *p.* 646, 1893).

Guépin n'a pu réunir que six cas de cystocèle crurale.

La vessie herniée peut se présenter sous différents aspects; tantôt recouverte d'une couche graisseuse analogue à celle qui a été signalée dans les cystocèles inguinales, tantôt sous forme d'une poche mince et transparente qu'on a pu ouvrir et réséquer croyant avoir affaire à un sac péritonéal.

Les troubles urinaires au cours de la cystocèle crurale sont souvent très peu accentués et ont pu passer complètement inaperçus. Les accidents d'étranglement de la vessie ressemblent si bien à ceux de l'étranglement intestinal que jamais le diagnostic n'a été fait avant l'opération.

Au cours de l'intervention, s'il y a coïncidence de hernie de l'épiploon et de l'intestin, après avoir traité suivant les règles ordinaires ces hernies, on doit disséquer le sac péritonéal avec grand soin surtout en arrière au niveau de la vessie herniée. Si les adhérences à la vessie rendent cette dissection dangereuse, il vaut mieux s'arrêter, refermer simplement l'ouverture qui a été faite et réséquer la portion exubérante du sac (Lanz). Il en est de même de la couche de graisse pré-vésicale.

On doit ensuite réduire, sans l'ouvrir, la vessie herniée, après avoir fait une injection intra-vésicale pour s'assurer de l'intégrité de la paroi. S'il y a quelque déchirure, la suture sera faite très soigneusement et la plaie drainée.

Il est nécessaire de débrider très largement l'anneau crural pour reconnaître d'une façon précise la vessie et faire la réduction sans trop de difficultés. Les suites de l'opération, qu'il y ait eu ou non suture de la vessie, ont toujours été très simples. C. WALTHER.

Beitrag zur Lehre von der Identitaet des Streptococcus pyogenes und des Streptococcus erysipelatis, par Richard KNORR (*Berlin. klin. Woch.*, n° 29, *p.* 699, 17 *juillet* 1893).

Relation d'un cas d'infection purulente par streptocoques compliquée d'érysipèle, à propos duquel Knorr pense avoir établi cliniquement l'identité des streptocoques pyogène et érysipélateux.

Homme de 40 ans ayant, à la suite d'une blessure insignifiante du gros orteil, un phlegmon suppuré de la région métatarso-phalangienne, et des accès intermittents de fièvre avec frissons. Les phénomènes restèrent graves malgré l'ouverture de la jointure malade. Au bout de quelques jours, se développa, à la face externe de la cuisse droite, une vaste tumeur indolore, fluctuante, sans inflammation de la peau correspondante. L'incision de cet abcès fournit une grande quantité de pus donnant des cultures pures d'un streptocoque, tuant en 2 fois 24 heures, les souris, en injection sous-cutanée, à la dose de deux dixièmes de centimètre cube.

Ultérieurement, se produisirent chez cet homme de nouveaux abcès métastatiques sur les bras et une arthrite suppurée de l'épaule gauche. L'incision de tous ces abcès ne put arrêter les progrès de l'infection. Quatre semaines après le début de la maladie, apparut brusquement, au milieu d'un violent frisson et d'une recrudescence de fièvre, un érysipèle typique qui, parti d'une petite escarre du sacrum, envahit rapidement une portion du tronc. Deux jours plus tard, les incisions des divers abcès devinrent le point de départ d'érysipèles, séparés du premier et qui, au moment de la mort, survenue au bout de deux jours, tendaient à confluer.

Knorr ayant excisé un fragment de peau sur les limites du premier érysipèle, en obtint une culture pure de streptocoques que ne donnèrent pas la peau saine du même malade, ni son sang.

La comparaison des deux streptocoques, récoltés l'un dans le pus de l'abcès, l'autre sur les limites de l'érysipèle du tronc, fournit les résultats suivants :

Tous deux se développent de la même manière sur les sols nourriciers ordinaires ; cultivés dans du bouillon, ils forment l'un et l'autre d'épais sédiments composés de squames blanches et de débris, sans aucun mélange muqueux ou filamenteux ; le liquide surnageant reste clair.

Sous le microscope, tous deux offrent manifestement la disposition en chaînes très flexueuses composées généralement de 20 à 30 diplocoques.

Deux dixièmes de centimètre cube d'une culture de 24 heures dans du bouillon de l'un et de l'autre streptocoques, injectés sous la peau de souris blanches, les tuent en 1 ou 2 jours.

Dans la classification de Behring (*R. S. M.*, XLI, 73), il s'agit ici du streptocc. longus, II, b.

J. B.

OPHTALMOLOGIE.

Beiträge zur Augenheilkunde (*Bâle*, 1893, *et Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte n°* 14, *p.* 506, 15 *juillet* 1893).

Volume publié par K. Mellinger à l'occasion du jubilé universitaire de Schiess-Gemuseus. Il contient les travaux suivants :

1° *Betke*. 29 cas d'extraction de corps étrangers de l'œil à l'aide de l'aimant ; 17 fois l'opération réussit ; les résultats définitifs ont été : 10 fois la conservation d'une plus ou moins grande partie de l'acuité visuelle ; 9 fois la conservation du bulbe oculaire ; 7 fois son énucléation et 2 fois son atrophie.

2° *Gallenga.* Examen microscopique d'un fœtus offrant de nombreuses monstruosités, aux yeux en particulier. Comme il existait en même temps des adhérences amniotiques, G. discute leur rôle dans la formation du colobome palpébral et des kystes dermoïdes de la cornée et de la conjonctive ; il conclut, pour ce qui touche ces derniers, que les adhérences de l'amnios n'ont rien à voir dans leur genèse.

3° *K. Mellinger* expose ses recherches expérimentales sur la fâcheuse influence qu'exerce la cocaïne sur la réunion par première intention des plaies de la cornée, spécialement à la suite d'opérations de cataractes.

4° Le même auteur décrit un nouvel écarteur palpébral, agissant automatiquement, sans aucune vis.

5° *Von Gonzenbach* relate un fait rare d'iritis séreuse.

6° *Speiser* rapporte 3 nouveaux cas de rétinite proliférante et, les rapprochant de ceux d'autres observateurs, il émet l'opinion que la rétinite proliférante peut se développer dans toute affection occasionnant des hémorragies parenchymateuses surtout rétiniennes, ainsi qu'à la suite de toute hémorragie traumatique de la rétine.

7° *Von Speyr* décrit une nouvelle méthode opératoire de Schiess pour le trichiasis rebelle. J. B.

Maladies des paupières et des membranes externes de l'œil, par DE LAPERSONNE (*In*-16, *Paris*, 1893).

Résumé très complet des maladies des paupières, des sourcils, de la conjonctive, de la cornée et de la sclérotique, suivi d'une bibliographie renfermant l'indication des ouvrages les plus intéressants et aussi les plus récents touchant chaque question : c'est un livre à consulter non seulement par l'élève, mais aussi par le praticien qui y trouvera nombre de formules et de méthodes de traitement sûres et au courant de la pratique ophtalmologique moderne. L'auteur prend soin de nous prévenir, dès la première page, que ce volume fait partie d'une série qui comprendra encore les maladies des membranes internes et des milieux de l'œil, la cataracte, les maladies du globe de l'œil en général, les maladies de l'orbite et des annexes de l'œil. ROHMER.

Sur la mesure de l'acuité visuelle, par JAVAL (*Soc. franç. d'opht., mai* 1893).

Les procédés actuels pour déterminer l'acuité visuelle laissent à désirer au point de vue des variations de l'intensité lumineuse; de plus, l'acuité considérée comme normale est trop petite; avec les jeunes individus, elle est environ le double de celle indiquée par Snellen. Javal a renoncé à appliquer le principe de la lisibilité des lettres, la remplaçant par la lisibilité d'un point noir sur fond blanc. La dimension des carrés noirs employés décroît en progression géométrique. Grandeur des côtés : 2 millimètres; 4 millimètres; 8 millimètres. Entre ces carrés, on a intercalé des carrés placés en biais ayant des côtés : $2^{mm},8$; $5^{mm},5$. Par réduction photographique, on a construit une échelle dont le point le plus petit doit être vu à 25 centimètres. Javal attribue une importance spéciale aux épreuves faites à 4 mètres et à 25 centimètres. ROHMER.

I. — État des yeux dans les écoles de Lausanne, par ÉPERON (*Revue méd. Suisse romande, XII*, 711, *octobre* 1892).

II. — Enquête sur l'acuité visuelle dans les écoles de Lausanne, par COMBE (*Ibidem, p.* 759, *novembre* 1892).

I. — Eperon a examiné la réfraction et l'acuité visuelle de 771 élèves des écoles secondaires (filles et garçons) et de 2,149 élèves des écoles primaires.

Environ le quart des élèves présentent des anomalies visuelles. Dans les écoles primaires, la proportion des myopes est de 5,4 0/0 parmi les garçons, de 6, 3 0/0 parmi les filles ; elle s'élève à 10 0/0 chez les élèves de l'école supérieure des jeunes filles, à 13,5 0/0 chez ceux de l'école industrielle cantonale, à 15,3 0/0 au collège cantonal. L'augmentation du nombre des myopes avec le degré d'instruction se retrouve donc à Lausanne comme ailleurs. Il en est de même pour l'augmentation du nombre des myopes et du degré de myopie avec l'âge des élèves ou le rang de la classe, bien que d'une façon moins frappante que dans d'autres statistiques.

Les filles paraissent plus sujettes à la myopie que les garçons. Les élèves de race allemande, très nombreux à Lausanne (22 à 23 0/0 du total), sont également beaucoup plus prédisposés à la myopie que ceux de race romande. Environ les 4/5 des myopes sont atteints d'une myopie faible (jusqu'à 3 D.) ou moyenne (jusqu'à 6 D.); les autres présentent une myopie forte (de 6 à 20 D.) avec les lésions caractéristiques du fond de l'œil, mais sans complications graves. Celles-ci, d'après une statistique d'Eperon portant sur 1,200 myopes de tout âge, affectent tout particulièrement le sexe féminin, surtout à l'époque de la ménopause.

Si l'on compare les résultats obtenus avec les constatations faites dans d'autres pays, surtout en Allemagne, on peut dire que la proportion des myopes dans les écoles primaires de Lausanne est à peu près la même que dans les autres grandes villes. Par contre, pour les écoles secondaires, cette proportion est notablement moindre qu'ailleurs.

Parmi les facteurs qui produisent la myopie, Eperon cite, outre le travail excessif imposé à la convergence et à l'accommodation par les exigences scolaires, l'hérédité et l'astigmatisme (surtout régulier). 51 0/0 des myopes offraient des antécédents héréditaires, 37 0/0 étaient astigmates.

L'astigmatisme hypermétropique, assez fréquent (9 0/0) chez les élèves des écoles primaires, diminue dans les écoles secondaires, parallèlement avec l'augmentation de l'astigmatisme myopique et mixte.

Il en est de même des cas d'astigmatisme irrégulier ou cicatriciel (4 0/0 dans les écoles primaires). Leur diminution considérable chez les élèves des écoles secondaires tient sans doute aux meilleures conditions d'hygiène à la maison.

II. — Combe a trouvé 24 0/0 d'écoliers ayant une acuité visuelle inférieure à la normale. Cette anomalie est plus fréquente chez les filles (27 0/0) que chez les garçons (21 0/0), plus fréquente à la ville (25 0/0) qu'à la campagne (19 0/0).

L'éclairage multi-latéral et tout particulièrement l'éclairage combiné latéral gauche et postérieur sont le plus favorables à la vue des élèves. Le

nombre des myopes, excessivement faible, ne dépasse pas 3,5 0/0. Ce chiffre, très inférieur à ceux qui ont été trouvés jusqu'ici, est dû aux excellentes conditions hygiéniques des bâtiments, du mobilier et du matériel scolaires. Les enfants de nationalité allemande sont deux fois plus disposés (7,2 0/0), à la myopie que les Vaudois (3,4 0/0).

Les autres anomalies de la réfraction, telles que l'hypermétropie et l'astigmastisme, ne sont pas des maladies scolaires ; elles ne sont pas plus nombreuses dans les classes supérieures. J. B.

Deux nouveaux cas de conjonctivite infectieuse, par DE SPÉVILLE (*Ann. d'oculist., CX, septembre* 1893).

Après les travaux d'Abadie, Parinaud, Boucher et Sans, l'auteur publie deux nouvelles observations de conjonctivites infectieuses produites par contage animal ; il s'agit d'une lésion souvent monoculaire, accompagnée d'un gonflement des ganglions parotidiens et sous-maxillaires, conjonctivites à marche quelquefois aiguë, d'autres fois subaiguë, qui résistent aux moyens habituels et qu'on est obligé de traiter par les moyens chirurgicaux, scarifications, brossage, lavages fréquents au sublimé ; des complications cornéennes peuvent survenir et ajoutent encore à la gravité de la maladie. ROHMER.

Des affections de l'œil dans les fièvres graves, par DIANOUX (*Ann. d'oculist., CX, septembre* 1893).

Les fièvres graves se compliquent parfois (rarement, il faut le dire) de lésions oculaires, toutes sous l'influence de l'infection du sang dont elles reflètent fidèlement le degré d'altération. On peut les rapporter à trois types principaux : 1° la phlébite, 2° la cyclite, 3° la panopthalmie. Dans ces trois variétés d'une même infection endogène, l'œil est envahi par la voie des vaisseaux sanguins ; tandis que dans les diverses névrites optiques par propagation d'une maladie cérébrale altérant la constitution du liquide céphalo-rachidien, l'infection suit les voies lymphatiques et n'est jamais pyogène. L'auteur étudie en détail chacune de ces complications, et fait ressortir ce fait important que la lésion oculaire sera surtout en rapport avec la malignité du germe (pyogène ou non), amené par la circulation générale. ROHMER.

Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse d'Égypte, en Orient, par ABADIE (*Soc. franç. d'opht., mai* 1893).

Abadie est allé étudier en Orient même la maladie, afin d'y vulgariser une méthode de traitement qu'il considère comme supérieure à toutes les autres. Le point important dans le traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse, c'est d'aborder le foyer principal de la maladie et de mettre à nu la partie la plus élevée du cul-de-sac supérieur, ce qu'on ne peut obtenir qu'en enroulant complètement la paupière autour de la pince à torsion. Quant aux scarifications, s'il est indifférent de les faire avec n'importe quel instrument, il faut surtout s'évertuer à ne pas détruire les tissus muqueux et sous-muqueux, mais simplement à les modifier dans leur structure. Une autre condition indispensable pour le succès final, c'est de s'en tenir exclusivement, pour les lavages, à une

solution de sublimé de 1/500. Tous les deux jours au moins, pendant trois semaines environ, les paupières doivent être retournées aussi complètement que possible, et la muqueuse conjonctivale frottée énergiquement jusqu'au saignement avec de l'ouate trempée dans cette même solution. ROHMER.

Essai sur la séméiologie de l'exophtalmie, par ESSAD (*Thèse de Paris*, 1893).

De son travail, l'auteur conclut que pour établir la valeur séméiologique de l'exophtalmie, les caractères tirés des phénomènes accessoires, déviation oculaire, dureté ou mollesse des tumeurs orbitaires, ne doivent pas être négligés, mais ils ne peuvent à eux seuls donner la certitude. C'est dans l'évolution et le mode d'apparition de l'exophtalmie que doit être cherchée la base de l'appréciation clinique. Dans les cas douteux, il est certainement légitime de recourir à la ponction exploratrice, qui, pratiquée aseptiquement, peut être à la fois un moyen de diagnostic et un procédé de guérison. ROHMER.

De l'iridectomie optique dans les taies de la cornée, par L. FAURE (*Thèse de Nancy*, 1893).

L'iridectomie pratiquée sur un œil dont la cornée est intacte ne diminuerait pas sensiblement l'acuité visuelle et n'augmenterait pas sensiblement non plus le champ visuel.

L'iridectomie pratiquée dans les taies de la cornée n'améliore pas et quelquefois diminue l'acuité visuelle.

Il faut donc rechercher seulement dans l'influence exercée par la taie la diminution de l'acuité visuelle.

L'auteur se propose, dans un travail ultérieur, d'étudier cette influence théoriquement et expérimentalement. ROHMER.

Étiologie du chalazion, par PARISOTTI (*Soc. franç. d'opht., mai* 1893).

L'auteur a trouvé plusieurs fois des antécédents tuberculeux chez des gens porteurs de chalazions. Histologiquement, on trouve une nécrose hyaline qui atteint la masse de la tumeur et de préférence les parois vasculaires dans toute leur épaisseur ou principalement dans leur endothélium. Les cellules géantes ont été trouvées dans tous les chalazions examinés. Sur trois cochons d'Inde inoculés avec les produits de chalazions, deux sont morts tuberculeux. Ce qui prouverait que dans certains cas, au moins, le chalazion peut être de nature ou d'origine tuberculeuse.

ROHMER.

Recherches et commentaires sur l'anabronchisme (opération hippocratique du trichiasis perpétuée par l'empirisme traditionnel), par COSTOMIRIS (*Thèse de Paris*, 1893).

L'auteur désigne sous le nom d'anabronchisme, un procédé opératoire du trichiasis, procédé perpétué pendant vingt-trois siècles chez le peuple hellénique par l'empirisme traditionnel. Ayant réussi à surmonter le mysticisme sévère qui entoure la pratique de la médecine populaire en Grèce, Costomiris a vu pratiquer l'opération par une vieille femme de Cos qui la tenait elle-même de son père. D'après un passage trouvé dans

les livres hippocratiques et que l'auteur discute longuement, il pense que c'est bien là le procédé opératoire original tel que le décrivait déjà le père de la médecine. En réalité, il s'agit de passer sous la peau de la paupière supérieure deux fils verticaux et un transversal, qui formant trois anses, relèvent la paupière et tournent les cils en dehors. L'opération est applicable aussi à la paupière inférieure, aussi bien dans le trichiasis total que dans le trichiasis partiel, ainsi que dans l'entropion.

ROHMER.

Traitement des ulcères et des abcès exulcérés de la cornée par le raclage et l'irrigation, par de WECKER (*Ann. d'oculist.*, *CX*, *juillet* 1893).

De Wecker propose de racler les ulcères avec la curette tranchante, à l'exemple de Snellen, et de Badal qui emploie le même procédé pour les ulcères rongeants; après le raclage, les parcelles de tissu infecté encore adhérentes sont entraînées par le jet d'un puissant irrigateur que l'on charge d'un liquide simplement aseptique ou antiseptique, au goût de l'opérateur. L'ulcère apparaît alors comme une plaie simple. De Wecker, comme résultats, a noté : la suppression parfois instantanée des douleurs et de la photophobie; l'éclaircissement des parties ambiantes, suivi d'une guérison infiniment plus rapide qu'on ne l'obtenait par l'emploi des divers antiseptiques et de la cautérisation ignée en particulier; la réparation par un tissu plus transparent qu'on obtient mieux par cette méthode que par tout autre mode de traitement. ROHMER.

Structure histologique du trachome, par VENNEMAN (*Soc. franç. d'opht.*, *mai* 1893).

Lorsque le virus a envahi la muqueuse conjonctivale, celle-ci se congestionne, et les globules blancs sortent des vaisseaux pour gagner la surface de la membrane. Dans l'épithélium épaissi où leur marche est retardée par les ponts intercellulaires qui traversent les espaces circulaires interépithéliaux, on les trouve en abondance. Quelques-uns y subissent la dégénérescence muqueuse et deviennent les globes mucigènes, d'autres meurent empoisonnés par les toxines et forment les globules du pus. Mais c'est là le fait d'une inflammation banale et non propre au trachome. Le virus trachomateux active aussi la prolifération cellulaire des éléments de la conjonctive, et c'est cette multiplication qui formera les granulations du clinicien; c'est elle encore qui ramènera le tissu conjonctif adulte de la muqueuse à la forme embryonnaire, *cellulo-formativa*. Les cellules du tissu adénoïde se gonflent (premier stade), puis se multiplient (deuxième stade). Dans le tissu néoplasique ainsi formé naissent de larges capillaires. Enfin le tissu trachomateux s'organise et forme du tissu fibreux dur et rétractile. ROHMER.

Opération rationnelle de l'entropion consécutif aux granulations, par MASSELON (*Ann. d'oculist.*, *CX*, *juillet* 1893).

Après avoir appliqué une large pince palpébrale, on pratique à deux ou trois millimètres du bord palpébral et parallèlement à ce bord, une incision de la peau s'étendant à toute la largeur de la paupière. La peau est ensuite disséquée et séparée des tissus sous-jacents en bas, jusqu'au

bord palpébral, et en haut, jusque vers la partie supérieure du tarse. On résèque l'orbiculaire, afin de bien mettre le tarse à nu. Saisissant celui-ci entre le pouce et l'index de la main gauche, ce dernier étant glissé sous la paupière, on procède, à l'aide de ciseaux conduits à plat, à l'ablation de toutes les parties saillantes du tarse, de façon à donner au cartilage toute sa souplesse. On le redresse à l'aide de trois fils à suture dont les chefs sont collés sur la peau du front, tandis que les lambeaux cutanés sont abandonnés à eux-mêmes. Bandeau pendant quarante-huit heures. Les fils coupés au ras de la peau tombent au bout de quelque temps.

ROHMER.

Aktinomykose der Augenlider, par PARTSCH (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., juin* 1893).

Le point de départ de la maladie fut le maxillaire supérieur; elle s'étendit depuis le nez jusqu'à la région temporale et envahit les deux paupières. On cureta toute la lésion et on obtint la guérison sans déformation extérieure et sans trouble de fonction, en supposant même que quelques fibres musculaires eussent été détruites. Un signe important qui servit au diagnostic de la maladie fut l'intégrité des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires; c'est là un point sur lequel l'auteur avait déjà attiré l'attention. ROHMER.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES

Anomalie congénitale des fosses nsales et du palais, par TREITEL (*Berlin. klin. Wochens., n°* 14, *p.* 339, 3 *avril* 1893).

Homme présentant d'abord une soudure congénitale de la cloison nasale au cornet inférieur. Mais son nasonnement tient à une anomalie de la cavité buccale. Le voile palatin, suffisamment long, est mal conformé, car il est déjeté à droite ainsi que la luette très courte. D'autre part, le palais osseux est trop court et ses lames postérieures ne se sont pas suffisamment soudées; la muqueuse cache toutefois cette lacune. J. B.

Tuberculose aiguë perforante du voile du palais, par TALAMON (*La Médecine moderne, p.* 874, 2 *septembre* 1893).

Femme de 26 ans, toussant depuis six semaines, mais n'ayant aucun signe physique du côté du poumon; il y a une quinzaine de jours, douleur de gorge violente avec fièvre, rendant la déglutition impossible au bout de deux ou trois jours. Ulcération irrégulière de l'amygdale gauche, rougeur livide de toute la partie postérieure du voile, du pharynx et des amygdales; au-dessus de la luette trois petits points jaunes de la grosseur d'une tête d'épingle, qui s'ulcèrent au bout de quelques jours et aboutissent dans l'espace d'une semaine à une perforation du voile; pas de bacilles de Koch dans la sécrétion de l'ulcération. A la suite d'un traitement par les injections de cantharidate

de soude et d'attouchements à l'acide lactique, les ulcérations cessent d'être douloureuses et se réparent rapidement, mais la malade quitte l'hôpital avant leur guérison complète. GEORGES THIBIERGE.

La soudure complète du voile du palais et du pharynx, par CARTAZ (*Arch. int. de laryngol., VI, avec pl.*, 1893).

Homme de 45 ans, atteint de syphilis depuis vingt ans, présente une symphyse palato-pharyngée totale. Il y a sept ou huit ans, les accidents ont débuté du côté du nez : coryza avec abondante sécrétion; bientôt après, gomme palatine avec perforation. Ces accidents évoluèrent lentement, malgré le traitement, puis l'adhérence palato-pharyngée totale se constitua finalement dans un délai assez court. Peu de nasonnement; le pharynx, malgré la soudure, est peu déformé, peu épaissi. L'occlusion est complète, mais il existe encore un trajet fistuleux de la voûte palatine par laquelle le malade peut faire passer un peu d'air dans les fosses nasales; anosmie, goût très affaibli, pas de troubles de l'audition.

L'auteur rapporte deux observations inédites, dues à Lubet-Barbon, et expose l'état actuel de la science sur le sujet d'après les 37 cas qu'il a pu rassembler. La syphilis est de beaucoup la cause la plus fréquente de ces lésions qui s'observent surtout chez les adultes. Le traitement chirurgical est difficile et dangereux, à moins que la lésion ne soit encore de date récente. Dans le cas d'adhérences simples, sans épaississement, on peut le tenter avec avantage ; le succès est problématique lorsqu'il y a épaississement avec rétraction cicatricielle. Il faut alors s'abstenir ou se contenter de faire une perforation maintenue au moyen de sondes dilatatrices. Dans le cas rapporté ci-dessus, l'auteur, à cause du refus du malade, a dû se borner à instituer des lavages pour débarrasser les fosses nasales des mucosités. F. BALZER.

I. — Hémorragies de l'amygdale linguale et hémotypsies, par JOAL (*Rev. de laryng.*, 1er *juin* 1893).

II. — Pharyngites hémorragiques, par M. NATIER (*Ibid.*, 15 *septembre* 1893).

I. — J. publie trois cas d'hémorragies survenues chez des sujets bien portants, hémorragies qui par leur caractère, auraient pu être regardées comme des hémoptysies. L'examen minutieux de la poitrine pouvait faire écarter toute suspicion de tuberculose; mais la toux, les phénomènes généraux entraînaient le diagnostic dans ce sens. L'examen laryngoscopique montra que le sang provenait de la rupture de vaisseaux capillaires de l'amygdale linguale hypertrophiée.

II. — N. rapporte l'observation d'un homme de 29 ans, pris de crachements de sang, sans cause appréciable, dans le cours d'une pharyngite catarrhale. A trois ou quatre reprises, crachements d'un verre de sang. L'examen ne révèle aucune tare tuberculeuse. Aucun antécédent héréditaire suspect. Aucune lésion apparente des différents viscères. Rien dans le larynx ni dans les fosses nasales. Le sang vient de la paroi postérieure du pharynx du côté droit, sans état variqueux bien marqué. Les crachats sanglants reparaissent pendant deux jours et cessent sous l'influence d'un traitement local et général.

L'auteur examine les conditions étiologiques de cette lésion, le diagnostic et rappelle les travaux publiés sur ce sujet (Voy. *R. S. M.*, XXXII, 638). A. CARTAZ.

Polype velu congénital de la paroi pharyngienne latérale, par AVELLIS (*Rev. int. de rhin.*, 10 *octobre* 1893).

Fillette nouveau-née, apportée à l'auteur cinq heures après la naissance, ayant la face cyanosée, une dyspnée profonde avec lentes inspirations. Langue bifide, gueule de loup. Par cette fente du palais, A. constate la présence d'une tumeur d'un rouge pâle, du volume d'un doigt, partant de la région de l'amygdale gauche. Ablation à l'anse galvanique. Cessation immédiate des accidents asphyxiques. Huit jours plus tard ablation de deux autres petits fragments. Mort de bronchite grippale à la troisième semaine.

La tumeur était formée de tissu adipeux, avec travées de tissu connectif et faisceaux de muscles striés et des ilôts de cartilage hyalin. La surface était formée par de l'épithélium pavimenteux avec glandes et follicules pilaires (tératome). (Voy. *R. S. M.*, XLI, 705.) A. CARTAZ.

Hypertrophie des amygdales, par A. SALLARD (*In*-16, *Paris* 1893).

L'auteur comprend, sous cette dénomination, le développement excessif et morbide de l'appareil lymphoïde du pharynx, que cette altération intéresse soit l'ensemble de ses différents segments (amygdales palatines, pharyngée, linguale), soit l'un ou l'autre d'entre eux. Ce livre est un résumé consciencieux et bien fait de tous les travaux parus sur ce sujet, il en présente le tableau complet sous une forme simple et qui n'exclut pas une critique judicieuse. Il se divise en trois parties ayant trait à chacune des variétés d'amygdales, où l'auteur étudie successivement les symptômes, les complications, le traitement et les suites.

A. CARTAZ.

Études sur les abcès chroniques enkystés de l'amygdale, par Eug. PEYRISSAC (*Thèse de Bordeaux*, 1893).

P. n'a pu recueillir qu'un petit nombre d'observations dans les publications périodiques; il croit cependant les faits plus fréquents qu'on ne le pense. Ces abcès, indolents en général et simulant des abcès froids, sont le résultat d'une amygdalite antérieure, remontant souvent à plusieurs mois, dans quelques cas, à plusieurs années. Ils ne s'accompagnent d'aucun phénomène général fébrile ou infectieux; le malade n'éprouve que de la gêne dans la gorge, quelquefois un peu de toux; il existe des cas où l'abcès ne se révèle que par l'expectoration intermittente de pus quand le foyer s'est rempli.

L'auteur étudie l'aspect clinique de l'affection, les variétés du contenu de ces abcès, tantôt granuleux, sirupeux, tantôt butyreux comme dans un kyste sébacé. La chronicité et la récidive de ces suppurations froides tient en partie à l'obstruction de l'orifice d'écoulement par la direction du trajet fistuleux à travers les piliers.

L'auteur étudie le diagnostic et le traitement, et publie quatre observations inédites. A. CARTAZ.

Contribution à l'étude bactériologique des amygdalites lacunaires aiguës, par E. BUYS (*La Policlinique, Bruxelles*, 15 *novembre* 1893).

Dans 4 cas d'amygdalite lacunaire pris au hasard parmi les malades de la clinique, B. a trouvé (et vérifié par culture et inoculation) dans un cas le pneumocoque et le streptocoque pyogène; dans un deuxième, le

microccus salivarius pyogenes, dans les deux autres le staphyl. pyogenes aureus. A. CARTAZ.

I. — Parenchymatœse Injectionen bei Tonsillen-Erkrankungen, par von ZIEMSSEN (*Berlin. klin. Wochens*, n° 19, p. 468, 8 *mai* 1893).

II. — Injections parenchymateuses dans les affections amygdaliennes, par R.-W. RAUDNITZ (*Prager med. Woch.*, n° 19, 1893).

I. — Beaucoup de personnes qui ont les amygdales hypertrophiées sont prises de temps en temps d'amygdalites parenchymateuses dues en général à ce qu'il se forme dans les lacunes amygdaliennes des bouchons qui rétrécissent leurs orifices et deviennent le point de départ d'infection.

Le meilleur traitement de ces amygdalites consiste à injecter dans le tissu glandulaire 2 ou 3 centimètres cubes d'une solution phéniquée à 2 0/0 ; souvent au bout d'une heure, l'amélioration est déjà très notable.

Sahli confirme l'efficacité des injections parenchymateuses qu'il fait avec une solution de trichorure d'iode à 2 0/00.

Heubner qui, depuis de longues années, emploie les injections parenchymateuses phéniquées en a obtenu de très bons résultats surtout dans l'angine scarlatineuse. L'opération n'est pas douloureuse, dans un cas il a pratiqué 35 injections. J. B.

II. — R... a employé avec succès les injections de solution phéniquée à 1 0/0 dans des cas d'angine diphtéroïde, dans la diphtérie scarlatineuse. Dans la diphtérie, il s'est servi d'eau chlorée diluée. Les injections étaient pratiquées trois fois par jour dans l'épaisseur du tissu amygdalien. A. CARTAZ.

The occurence of hemorrhage after operation for the removal of adenoid tissue from the naso-pharyngeal vault....., par James E. NEWCOMB (*Americ. j. of med. sc., novembre* 1893).

N. a observé un cas d'hémorragie mortelle chez un enfant de trois ans, à la suite d'une opération de tumeurs adénoïdes faite dans les conditions ordinaires à Roosevelt hospital (anesthésie par l'éther, pinces et curette). Aucun antécédent pathologique chez l'enfant, pas d'hémophilie. L'hémorragie fut assez importante pendant une minute ou deux et cessa rapidement. En quittant l'hôpital, deux heures après l'opération, l'enfant était très bien. Deux heures plus tard hémorragie nasale, l'enfant racle de la gorge, les voisins empêchent la mère de prévenir le médecin. Le lendemain, quand N. arrive, l'enfant est exsangue et meurt en quelques minutes. Rien n'avait été fait pour arrêter l'hémorragie. (Voy. *R. S. M.* XXXVI, 676.) A. CARTAZ.

I. — Des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par L. BARTOLI (*Thèse de Paris*, 1893).

II. — Végétations adénoïdes, par A. Michel DANSAC (*Ann. mal. de l'or., juillet et novembre* 1893).

I. — Un des travaux les plus complets parus sur la question, depuis la thèse de Chatellier. Après une étude anatomo-pathologique des tumeurs chez l'enfant et chez l'adulte, B. passe en revue, avec un grand luxe de détails, les divers symptômes, déformations de la face, voûte

ogivale, lésions dentaires, etc. Parmi les symptômes moins constants, la scoliose, que l'auteur a observée 5 fois sur 169 cas, les troubles auriculaires (48 cas sur 169), les troubles de prononciation, la surdi-mutité (4 fois). B. rejette avec raison la fréquence admise par Coupard de la laryngite striduleuse chez ces petits malades; il ne l'a vue que quelques fois. Plus constante est la relation des terreurs nocturnes (25 fois). La complication la plus fréquente est la bronchite, les rhumes; 119 des malades de B. étaient sujets aux bronchites à répétition. L'auteur signale quelques troubles fonctionnels ou nerveux plus rares, spasme glottique, migraine, incontinence d'urine. Il termine son travail par la discussion des méthodes de traitement et des accidents qu'il peut provoquer. 29 observations inédites et bibliographie complète.

II. — Le travail de Dansac vise surtout l'anatomo-pathologie des tumeurs adénoïdes. Sur 32 cas examinés, 17 s'appliquent à des sujets de 5 à 14 ans. Or, d'après l'examen méthodique de ces divers cas, il faut diviser les végétations adénoïdes des jeunes sujets en trois espèces : scrofuleuses, lymphadéniques et syphilitiques.

Dans les végétations scrofuleuses, la consistance est assez molle, inégale par places, la lobulation avec sillons plus ou moins profonds. La caractéristique de ces tumeurs est l'hyperplasie généralisée péri et interfolliculaire, la dégénérescence des éléments centraux du follicule; au fur et à mesure s'établit une sclérose périvasculaire, résultat d'une inflammation secondaire, amenant une rétraction fibreuse cicatricielle et annulaire périfolliculaire.

Dans la forme lymphadénique, les tumeurs sont plus volumineuses; la consistance est ferme, dure comme celle des adultes; il n'y a pas de lobulations avec sillons. Le tissu lymphoïde est ici hypertrophié dans sa totalité, et le rapport normal des éléments entre eux est conservé dans cette hyperplasie généralisée. Le tissu représente un ganglion ou une amygdale hypertrophiée.

Les végétations syphilitiques tiennent à la fois des scrofuleuses et des lymphadéniques.

Chez l'adulte, les végétations scrofuleuses semblent ne se rencontrer que chez la femme; mais la sclérose secondaire a, dans ce cas, une marche différente, le tissu adénoïde scrofuleux a tendance à se transformer en tissu lymphadénique.

Chez l'adulte, la lymphadénie pharyngée revêt une forme pure de lymphadénie, une forme régressive et des formes mixtes scrofuleuses et syphilitiques.

Suivent des considérations de pathologie générale et des déductions cliniques et thérapeutiques tirées de cette étude anatomique. A. CARTAZ.

I. — Post nasal growths, par James W. BARRETT et Percy WEBSTER (*Australasian med. congress, Sydney*, 1892).

II. — Notes on adenoid vegetations in the naso-pharynx, par John LOCKHART GIBSON (*Ibid.*).

III. — Lymphoid growths in the vault of the pharynx, par Thomas R. FRENCH (*Med. Soc. of county of Kings*, 18 avril 1893).

I. — Etude d'ensemble sur les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal,

d'après 200 cas de leur pratique, 120 du sexe masculin, 90 du sexe féminin. La maladie est préquente en Australie. Sur ces 200 malades, 12 avaient passé l'âge de 20 ans, 38 avaient de l'otite suppurée.

D'après les recherches et l'enquête rétrospectives, les auteurs estiment que la moyenne de l'âge auquel se sont produits les premiers troubles (surdité, respiration par la bouche) est de 5 ans et demi. Il semble aussi d'après les statistiques, que la maladie soit moins fréquente dans le nord de la province de Dividing-Range.

B. et W. passent en revue l'étiologie, sans pouvoir expliquer, disent-ils, pourquoi l'on rencontre simultanément, des amygdales (palatines) tantôt normales, tantôt hypertrophiées; les symptômes, locaux (oreilles, nez) et généraux. Dans la plupart des cas, les auteurs se servent pour opérer, du doigt; quand les tumeurs proéminent dans les arrières-fosses nasales, ils les détachent avec une curette passée par les fosses nasales. Ils ont renoncé à l'emploi des pinces-curettes ou autres instruments, sauf pour des cas tout à fait spéciaux. Ils opèrent avec ou sans anesthésie, à la volonté du malade ou des parents.

II. — Lockhart envisage surtout la question au point de vue des troubles auriculaires. Il pense que bien des cas de surdité chez l'adulte sont attribuables à des accidents anciens produits par les tumeurs adénoïdes, dont on trouve souvent des traces. La surdité est produite : 1° par l'obstruction directe ou indirecte de la trompe; 2° par des attaques répétées d'otite moyenne avec perforation; 3° par des otites catarrhales récidivées subaiguës; 4° par un simple catarrhe chronique de l'oreille moyenne. D'après L. les petites végétations, surtout si elles ont une consistance dure et siègent près de la trompe, amènent plus constamment des troubles auriculaires que les végétations grosses mais molles. L. opère les malades, sous le chloroforme, la tête pendante, avec le doigt et un ongle métallique.

III. — Excellente revue de la question des tumeurs adénoïdes. L'examen microscopique des fragments enlevés montre que les tumeurs pourraient être qualifiées de véritables lymphomes. Le tissu lymphoïde est souvent englobé par une gangue de tissu conjonctif, en voie de sclérose; cet état de dégénérescence fibreuse ne paraît nullement en rapport avec l'âge du sujet. Les modifications les plus nettes, à ce point de vue ont été constatées sur des tumeurs enlevées à des enfants de 5 à 7 ans. F. opère après anesthésie par l'éther; une fois endormi, l'enfant est relevé doucement et assis sur une chaise d'opération; à l'aide d'un bâillon et du rétracteur du voile palatin, F. enlève les tumeurs à la pince. L'hémorragie est toujours moins considérable dans la position assise, même en tenant compte du sang avalé, que lorsque la tête est pendante. A. CARTAZ.

Sull' enuresi notturna dovuta ad alterazioni naso-faringee, par I. DIONISIO (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino, p.* 300, *avril* 1893).

Fillette de 10 ans, atteinte de rhinite catarrhale chronique hypertrophique avec poussées aiguës, dort la bouche ouverte, a le sommeil agité, urine presque toutes les nuits dans son lit, a depuis quelques mois des accès d'asthme et une céphalée constante. L'ablation de végétations adénoïdes et de

l'amygdale pharyngienne hypertrophiée permet à l'enfant de dormir tranquille et la bouche fermée, les troubles respiratoires disparaissent et à partir de ce moment l'enfant cesse d'uriner dans son lit. GEORGES THIBIERGE.

Le pouvoir bactéricide du mucus nasal, par R. WURTZ et M. LERMOYEZ (*Soc. de biol.*, 15 *juillet, et Ann. mal. de l'or., août* 1893).

D'après ces recherches fort intéressantes, le mucus nasal ne remplit pas seulement un rôle de protection en arrêtant les germes et microbes contenus dans l'air; il les détruit grâce à une propriété bactéricide. Pour le démontrer, les auteurs recueillent chez des sujets sains du mucus à l'état pur, au moyen de petits tampons d'ouate introduits dans les fosses nasales. Le mucus ainsi retiré est stérilisé par le procédé de Tyndall. Or, l'examen n'y décèle généralement pas de microbes.

Par une série d'expériences conduites avec le plus grand soin, W. et L. ont prouvé que le mucus nasal jouit vis-à-vis de la bactéridie charbonneuse d'un pouvoir bactéricide considérable.

Des tubes de mucus stérilisé ensemencés avec des cultures plus ou moins virulentes du bacillus anthracis, sont restés stériles; non seulement la bactéridie ne s'y développe pas, mais elle y périt.

Des expériences sur d'autres microbes sont en cours d'exécution.

Ces recherches montrent que l'air inspiré par les poumons y arrive absolument pur, et que les fosses nasales ne sont pas un foyer microbien, loin de là. Si donc des infections naissent à la suite de simples refroidissements, il faut admettre que le froid agit en supprimant, d'une façon passagère ou durable, par action réflexe vaso-motrice, la sécrétion défensive de la muqueuse pituitaire permettant la pénétration et le développement du microbe. Pour triompher de cette invasion, la muqueuse exagère la sécrétion du liquide bactéricide; c'est l'hypersécrétion des premières phases du coryza; suivant la prédominance de tel ou tel facteur, la maladie s'arrête ou évolue, avec suppuration, phénomènes généraux, etc. Les auteurs pensent, sans avoir pu le démontrer encore, que tous les mucus ont les mêmes propriétés biologiques. A. CARTAZ.

Anatomie pathologique et nature des rhinites chroniques, par P. TISSIER (*Ann. mal. de l'oreille, juillet* 1893).

Après avoir rappelé les travaux antérieurs sur ce sujet et discuté les opinions des divers auteurs, T. résume ainsi les altérations observées dans les différentes formes de rhinites :

Dans la rhinite chronique simple, dilatation des vaisseaux, absence de bourgeonnement vasculaire, tissu conjonctif adulte infiltré de cellules embryonnaires relativement abondantes, absence de mucine dans les mailles de ce tissu, altérations glandulaires dégénératives assez fréquentes.

Dans la rhinite chronique hyperplasique, dilatation considérable des vaisseaux, bourgeonnements vasculaires et comme conséquence, développement de tissu connectif jeune muqueux, à mailles distendues par de la mucine et infiltrées de cellules migratrices nombreuses, provenant par diapédèse des vaisseaux néoformés; peu ou pas d'altérations vasculaires.

Dans les polypes muqueux, mêmes altérations plus étendues.

Dans la rhinite chronique, tendance générale à la sclérose.

Les polypes muqueux ne seraient que des produits d'origine inflammatoire. A. CARTAZ.

Ueber fibrinöse Exsudate auf der Nasenschleimhaut, pär EULENSTEIN (*Deutsche med. Woch.*, n° 36, *p.* 862, 1893).

On voit survenir à la suite des cautérisations à l'acide chromique, à l'acide trichloracétique, etc., et à la suite de l'emploi du galvano-cautère, des fausses membranes de la muqueuse nasale. En dehors de la diphtérie, les fausses membranes spontanées sont rares ; elles ont été décrites par Schuller, Johnston, Henoch et surtout par Hartmann, dont le travail a été suivi d'un grand nombre de publications.

Seifert décrit une rhinite fibrineuse primitive et une secondaire qui est rare ; cette dernière coïncide avec des lésions analogues de tout l'arbre respiratoire.

La rhinite fibrineuse, avec les cocci qu'on y trouve, doit être distinguée de la diphtérie. Il serait intéressant de savoir si elle dépend d'un microorganisme spécifique.

L'auteur a employé avec succès les tampons de gaze iodoformée.

L. GALLIARD.

Ueber Ulcus septi narium simplex perforans (non specificum) und Perichondritis septi acuta....., par SUCHANNEK (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 8, *p.* 301, 15 *avril* 1893).

1° *Périchondrite idiopathique, aiguë, suppurée de la cloison nasale.* Homme de 24 ans ayant depuis une quinzaine une obstruction du nez, qui a augmenté progressivement. Aucun traumatisme, ni fièvre, ni douleurs. Dos du nez élargi; tumeur de la cloison, faisant une saillie symétrique dans les deux fosses nasales au niveau des narines internes; cette tumeur est fluctuante et recouverte par la muqueuse granuleuse et d'un rouge ardent. Suchannek trace avec le galvano-cautère, à la base de la tumeur, un sillon profond, horizontal, long de deux centimètres; issue d'une cuillerée à thé de pus jaune, inodore. Le stylet révèle l'existence d'une perte de substance dans le cartilage.

2° *Périchondrite traumatique suppurée de la cloison nasale.* Garçon de 10 ans ayant le nez bouché depuis une dizaine de jours, à la suite d'un traumatisme remontant à une quinzaine. Rien de visible extérieurement : ni tuméfaction, ni sensibilité, ni rougeur. Les deux fosses nasales sont remplies, au niveau des méats inférieurs et d'une partie des méats moyens, par une tumeur de la cloison, hémisphérique et revêtue par la muqueuse normale. Après cocaïnisation, large ouverture de la tumeur fluctuante gauche; hémorragie assez forte; demi-cuillerée à thé de pus. La sonde fait constater une petite perforation dans la cloison cartilagineuse qui, à la suite de la fracture, fait une saillie convexe dans la fosse nasale droite qui dut être réséquée. J. B.

Abcès du méat inférieur d'origine dentaire, incision, guérison, par H. MENDEL (*Arch. int. de laryng.*, *VI*, 5).

Jeune homme de 18 ans. Il y a trois mois, éruption d'une dent supplémen-

taire derrière la première incisive gauche supérieure. Tentatives infructueuses d'arrachement. Le lendemain, fluxion dentaire. Quelques jours plus tard écoulement purulent par la narine gauche. Le cornet inférieur est tuméfié, le méat inférieur, gonflé, douloureux, rénitent. Pas de signes d'abcès du sinus maxillaire; les molaires du côté gauche sont saines. Incision dans le méat inférieur, issue de pus fétide; curetage, guérison.

A. CARTAZ.

Maggots in the nose (Larves d'insectes dans les fosses nasales), par KIMBALL (*New York med. journ.*, 11 *mars* 1893, *p.* 273).

Kimball relate l'observation d'un soldat chez lequel se développaient avec une rapidité extrême des larves de *sarcophaga georgina*. L'état général était des plus graves, et des larves s'échappaient des narines, et de la bouche lorsque le malade toussait. Des injections phéniquées étant restées sans effet, on injecta un mélange à parties égales d'eau et de chloroforme : le résultat étant inappréciable, six heures après, on injecta dans les fosses nasales, huit grammes de chloroforme pur. La douleur très vive fut atténuée à l'aide d'une injection d'huile phéniquée, puis d'une irrigation avec de l'eau oxygénée. Le résultat fut immédiat et encourageant : plus de cent larves mortes furent aussitôt rendues. Le lendemain, l'injection de chloroforme pur est renouvelée, ainsi que le surlendemain.

Ces trois injections ont amené l'expulsion de plus de trois cents larves. La guérison fut lente; pendant plus de huit jours le patient rejeta des portions de muqueuses du nez et du naso-pharynx. Durant cette période, l'eau oxygénée a heureusement combattu la fétidité des sécrétions et l'atonie des tissus.

MAUBRAC.

I. — Contribution à l'étude des tumeurs de la cloison nasale, par GAREL et J. COLLET (*Ann. mal. de l'or.*, *novembre* 1893).

II. — Des polypes de la cloison des fosses nasales, par M. NATIER (*Rev. intern. de rhinol.*, 11 *novembre* 1893).

I. — G. a réuni, dans ce travail, les observations de tumeurs de la cloison qu'il a rencontrées. Ce sont : 2 cas d'angiome, 1 cas de nævus pigmentaire avec polypes, 3 de tuberculose végétante et de lupus, 1 de papillome, 2 de polypes, 2 de sarcomes.

II. — N. étudie, d'après un cas personnel, les polypes de la cloison. Cette forme est rare; sur 228 cas Jurasz n'a trouvé que deux fois l'implantation sur la cloison. Les symptômes, la marche ne diffèrent en rien des polypes muqueux habituels.

A. CARTAZ.

Épithéliome végétant du nez, par DU CASTEL (*Soc. franç. de derm. et de syph.*, 1er *juin* 1893).

Observation d'un homme, porteur depuis deux ans d'une tumeur épithéliomateuse nasale, qui, trois mois avant l'entrée du malade à l'hôpital, se mit à végéter et à faire hernie à travers la narine. La tumeur bilobée, recouverte de croûtes noires et épaisses, est formée de nodules de la grosseur d'un grain de chènevis, composés eux-mêmes par des saillies papillomateuses, brillantes, rouge vif. Les surfaces malades suppurent et saignent facilement. Au voisinage de la tumeur, la peau est congestionnée, violacée, infiltrée; il s'agit là, sans aucun doute, d'une infiltration cutanée de nature épithéliogène. L'absence d'antécédents spécifiques éloignait le diagnostic de syphilis.

P. MERMET.

Notes on the pathology of periodical hyperœsthesic rhinitis (hay fever) and its treatment by glacial acetic acid, par Ch.-E. SAJOUS (*Univ. med journ., septembre* 1893).

Sajous attribue les troubles de la rhinite des foins, de l'hay fever, qu'il appelle rhinite hyperesthésique, à la suppression subite des fonctions inhibitoires des centres nerveux commandant les voies aériennes supérieures. Ces centres, par suite d'hérédité ou d'influences acquises, sont dans un état d'adynamie spéciale ; ils peuvent encore régir les fonctions qui sont sous leur dépendance, mais qu'un trouble survienne, qu'une réaction plus vive se montre, ils deviennent impuissants. Sajous compare ces désordres à ceux produits par l'expérience de Cl. Bernard, de la section du ganglion sphéno-palatin, ou du sympathique cervical. Concurremment à ces troubles centraux il faut admettre une prédisposition spéciale de la muqueuse nasale à des irritations physiques ou chimiques (gaz, poussières, etc.).

L'asthme proprement dit serait presque toujours la suite des manifestations primordiales du côté du nez, par suite des troubles respiratoires apportés par l'occlusion plus ou moins complète des narines.

Sajous conseille comme méthode de traitement, bien supérieure aux cautérisations galvaniques, l'application de l'acide acétique cristallisé ; cet agent détruit plus profondément l'épithélium et prévient même les récidives. A. CARTAZ.

Ueber Schussverletzungen der Nase und deren Nebenhœhlen, par Max SCHEIER (*Berlin. klin. Wochens., n°* 17, *p.* 395, 24 *avril* 1893).

1° *Blessure par coup de feu du sinus frontal ou du labyrinthe ethmoïdal.* Homme de 22 ans. Orifice d'entrée de la balle à l'extrémité externe de l'arcade sourcilière droite, à un centimètre au-dessus du rebord superieur de l'orbite; aucun orifice de sortie. Amaurose droite. Globe oculaire gonflé, saillant et complètement insensible; pupille dilatée et immobile. Anesthésie de la moitié droite du front et de la joue droite. Koerte tente d'extraire le projectile qu'il pensait logé dans l'orbite et ne trouve qu'un petit épanchement sanguin; mais la portion antéro-supérieure de la paroi interne, formée par la lame papyracée de l'ethmoïde, était broyée. Drain. Le troisième jour après l'opération, phénomènes méningitiques qui disparaissent au bout d'une dizaine de jours.

État six mois après la blessure : Paralysie complète de la branche sensitive du trijumeau, du nef optique et du nerf olfactif droits. Anesthésie de la peau, des lèvres, de la muqueuse oculaire, de la fosse nasale et de la cavité buccale droites ainsi que de la muqueuse du sinus maxillaire correspondant. Insensibilité et perte du goût sur les deux tiers antérieurs du côté droit de la langue. Ulcérations trophiques de la face interne de la joue. Perte complète de l'odorat à droite avec insensibilité réflexe de la muqueuse nasale qui est gonflée et rouge. Ulcération à la partie antérieure de la cloison. Amaurose absolue du côté droit avec ophtalmie neuro-paralytique : opacités cornéennes, hémorragie rétinienne. Sécrétion sudorale exagérée du côté droit de la face; intégrité de l'ouïe, des facultés cérébrales et des nerfs moteurs de la face et des yeux.

Trois ou quatre épistaxis quotidiennes.

Quand le blessé branle la tête, il lui semble que quelque chose se meut dans son sinus frontal dont le cathétérisme a été négatif. Refus d'une nouvelle opération.

Dix-huit mois après l'accident, l'état est encore le même.

Scheier a également observé une anosmie bilatérale complète chez un homme de 34 ans qui s'était tiré, il y a quatre ans, un coup de revolver dans la tempe droite. Sans perdre connaissance, il avait eu immédiatement une amaurose double. On sent la balle tout aplatie dans l'orbite gauche, en arrière de la paupière, à l'union des rebords sus et sous-orbitaires. La muqueuse nasale a conservé sa sensibilité générale.

2° *Blessure par coup de feu du sinus maxillaire.* Jeune homme de 18 ans, atteint à la lèvre supérieure par l'explosion d'une cartouche de revolver. En relevant la lèvre, on reconnaît que le projectile a pénétré dans le sinus maxillaire gauche. Pas de phénomènes cérébraux. Le dixième jour, suppuration du sinus. Tentative d'extraire la balle en agrandissant l'orifice d'entrée. On constate la présence d'un peu de pus au fond du sinus, mais on n'aperçoit ni projectile, ni orifice de sortie. Guérison de la plaie au bout de deux mois. Deux ans se sont écoulés depuis l'accident, sans phénomènes nouveaux.

3° *Blessure par coup de feu de la voûte palatine et de la fosse nasale.* Homme de 23 ans qui s'est tiré un coup de revolver dans la bouche. Hémorragie considérable par la bouche et le nez; la balle est rejetée au dehors par un effort de toux. La voûte palatine offre, presque sur la ligne médiane, une fente longue de 3 centimètres, large de 1 centimètre 1/2, commençant à 2 centimètres en arrière de l'arcade dentaire et se terminant à un centimètre en avant du voile palatin. Tamponnement de la narine droite. L'examen rhinoscopique pratiqué le lendemain montre que la fente palatine se continue au voisinage de la cloison dans la fosse nasale droite, que la partie inférieure du cornet inférieur est détruite, tandis que la muqueuse est en grande partie détachée de la portion conservée du cornet; en outre le vomer est perforé dans l'étendue d'une pièce de 10 pfennigs, à 3 centimètres de l'orifice externe du nez. Aucun symptôme de fracture de la base du crâne. J. B.

Rapports entre les bacilles et la dégénération hyaline dans le rhinosclérome, par BREDA (*Giorn. ital. delle mal. vener. XXVIII*, 3).

Mikulicz a qualifié d'hydropiques les cellules appelées plus tard de son nom et dans lesquelles Frisch admet une fluidification particulière du protoplasma. Il résulte des recherches de Bréda que ces altérations de cellules de Mikulicz sont dues aux bacilles qui les pénètrent. Ces bacilles peuvent être constatés dans des cellules encore non altérées, plus tard elles deviennent hyalines et les bacilles sont entourés de cette matière hyaline qui se dépose autour d'eux et les enveloppe. Cette substance ne proviendrait pas des bacilles eux-mêmes, mais plutôt de modifications du protoplasma cellulaire dues à leur présence. Il existerait aussi dans le rhinosclérome des masses hyalines indépendantes des bacilles. F. BALZER.

Ueber Laryngitis fibrinosa, par SCHECH (*Wiener med. Presse*, 1er *octobre* 1893).

S. attire l'attention sur une affection qu'il tient pour exceptionnellement rare. Il s'agit d'une production chronique de pseudo-membranes laryngées qu'il dénomme laryngitis fibrinosa qui n'ést nullement diphtéritique et qui n'a pas non plus de rapports avec ces cas de nouvelles formations membraneuses reconnaissant pour cause l'irritation mécanique, chimique ou thermique de la muqueuse.

Femme de 48 ans prise d'enrouement et de toux; au bout de huit jours dyspnée intense et progressive cédant comme par enchantement à l'expuition

d'une masse de forme ronde; au bout de deux à trois jours production des mêmes phénomènes. A l'examen, on trouve un tel gonflement de la bande ventriculaire gauche que la corde vocale gauche ne peut être aperçue. Sur le bord libre de la bande ventriculaire œdématiée adhère une néoformation blanche, épaisse, se prolongeant inférieurement. Le reste du larynx, le pharynx, le nez et les poumons sont normaux; aphonie, respiration striduleuse, température normale. L'ablation de la pseudo-membrane fut difficile. Elle reproduisait comme le ferait un moulage la forme du ventricule de Morgagni élargi notablement, la limite entre la corde vocale et l'entrée du ventricule et enfin la bande ventriculaire. Examen microscopique : la néoformation consiste en une masse de fibrine renfermant un grand nombre de leucocytes et par places une grande quantité de cellules épithéliales desquamées. Sur une coupe transversale on voit enfouies dans la masse fibrineuse de riches colonies de strepto et de staphylocoques.

Ce cas est à rapprocher des observations de bronchite pseudo-membraneuse. CART.

Sur un cas d'angiokératome de la corde vocale, par E.-J. MOURE et J. SABRAZÈS (*Rev. de laryngol.*, 1er *novembre* 1893).

Femme de 26 ans, atteinte d'enrouement. Sur le bord libre de la corde vocale droite petite saillie nodulaire, de la grosseur d'un grain de mil, d'aspect rougeâtre à la base, avec un fin réseau vasculaire. Ablation à la pince. L'examen histologique révèle une tumeur analogue aux angiokératomes cutanés.

La malade portait en outre à la face dorsale de la main droite une petite tumeur nodulaire qu'on enleva et qui fut reconnue pour un sarcome fasciculé. A. CARTAZ.

Intubation in an adult followed by a fatal œdema of the larynx after extraction of the tube, par Max THORNER (*Ann. of opht. and otol.*, *II*, 3, *juillet* 1893).

Jeune homme de 18 ans, éprouvant depuis huit ans de la gêne respiratoire qui s'est accentuée beaucoup dans ces derniers temps. Qnand l'auteur l'examine, la dyspnée est profonde, la face cyanosée. Sténose du larynx par hypertrophie des tissus sus et sous-glottiques, laissant à peine l'espace d'un petit crayon. Syphilis niée, aucune trace appréciable.

Tubage. Au bout de quarante-huit heures le malade, se sentant mieux, veut enlever le tube. Il ne l'avait pas quitté depuis un quart d'heure qu'il tombe mort dans la rue.

Th. pense qu'après l'ablation du tube est survenu de l'œdème sous-glottique rapidement mortel. A. CARTAZ.

Intubation bei diphteritischer Larynxstenose, par S. SCHWEIGER (*Jahrb. für Kinderheil.*, *XXXVI*, *p.* 233).

Schweiger est partisan du tubage mais admet trois contre-indications principales : 1° une diphtérie pharyngée étendue, de sorte que l'obstruction du pharynx concourt à l'asphyxie ; 2° une diphtérie septique avec membranes pharyngées saignant au moindre contact ; 3° les attaques d'asphyxie à forme subite. Sur 68 tubages 31 ont guéri dont 5 après une trachéotomie secondaire. Dans 4 tubages l'enfant fut pris d'asphyxie subite qui parut due au refoulement d'une fausse membrane. Deux fois la trachéotomie immédiate fut nécessaire et amena l'issue de nombreuses fausses membranes trachéales. Dans les deux autres cas la

fausse membrane refoulée fut expulsée par la toux après ablation du tube. Après le tubage la difficulté principale fut toujours la gêne de l'alimentation.

Comme indications de la trachéotomie secondaire, Schweiger cite : 1° la nécessité d'un trop long séjour du tube (il ne croit guère à cette indication ayant pu maintenir dans deux cas, cinq jours, le tube dans le larynx) ; 2° la broncho-pneumonie, indication qui lui paraît également bien douteuse ; 3° l'impossibilité d'une alimentation suffisante. Urban a dû faire trois trachéotomies secondaires pour cette seule raison ; 4° l'asphyxie malgré le tubage, indication principale.

Les principaux avantages du tubage lui paraissent : 1° la courte durée du séjour du tube qui est suffisante dans certains cas ; 2° la facilité avec laquelle cette opération est acceptée par les familles ; 3° la guérison sans cicatrice visible. (Le rétrécissement trachéal possible après la trachéotomie a certainement plus d'importance encore que la cicatrice cutanée.)

En ville, le principal inconvénient du tubage est dans les incidents qui peuvent survenir en l'absence du médecin. Six des enfants guéris auraient certainement succombé sans les secours d'urgence que leur assurait l'hôpital. A.-F. PLICQUE.

Ein merkwürdiger Fall einer traumatischen Neurose, par P.-K. PEL (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 24, *p.* 561, 12 *juin* 1893).

Homme de 27 ans, sans hérédité ni antécédents nerveux. A la suite d'une chute de la hauteur de deux étages, sans blessures extérieures, perte de connaissance, douleurs dans la nuque et le côté gauche de l'occiput ; vertiges ; somnolence de plus en plus accusée ; hémiparésie droite de la face et des membres, sans troubles de la sensibilité ; astasie-abasie paraglégique ; exagération des réflexes des membres inférieurs. Intégrité des sens spéciaux, à part une myopie. 10 mois après l'accident, l'impossibilité de se tenir debout et de marcher était devenue absolue. Partie postérieure gauche du crâne douloureuse à la percussion.

A la partie antérieure de la corde vocale droite, petit polype ; voix enrouée seulement depuis 6 semaines à la suite d'une colère.

Immédiatement après l'ablation du polype, aphonie complète ; les cordes vocales restent écartées pendant les efforts de phonation et la parésie s'étend aux muscles élévateurs de l'épiglotte.

7 semaines après l'opération, on note pour la première fois de l'hémianesthésie, de l'hémianalgésie, de l'hémianosmie et de l'hémiamblyopie droites avec ageustie bilatérale, sans aggravation de l'hémiparésie motrice. 5 jours plus tard, le malade est entièrement muet et, peu de jours après, à la suite d'un bain, il a sa première attaque hystéro-épileptique (perte incomplète de la connaissance, convulsions) suivie d'une deuxième, provoquée par un examen détaillé, une quinzaine plus tard. Mort par double pneumonie catarrhale. A l'autopsie, rien à signaler dans l'encéphale que de l'hydrocéphalie. J. B.

Etude sur le phlegmon infectieux pharyngo-laryngé, par A. DUDEFOY (*Thèse de Paris*, 1893).

D. retrace, d'après les travaux antérieurs de Merklen, Senator, Massei et quelques observations inédites, l'histoire de cette affection rare et fort grave. Débutant brusquement par des phénomènes de douleur profonde

du côté du pharynx, la maladie se caractérise bientôt par une dysphagie intense et une dyspnée permanente due à l'obstruction laryngée par la tuméfaction œdémateuse et inflammatoire des bourrelets ary-épiglottiques, des aryténoïdes et de la muqueuse laryngée elle-même. A signaler comme un signe assez caractéristique, la douleur à la pression sur le cartilage thyroïde. En même temps et dès la première heure, on voit apparaître les signes d'une infection profonde, fièvre, délire, agitation constante, albuminurie considérable.

La mort est survenue dans plusieurs cas, subitement, par troubles inhibitoires cardio-bulbaires, malgré la trachéotomie. Sur 19 cas rassemblés par D., on ne compte que 5 guérisons.

L'auteur étudie la marche de cette affection et l'évolution de l'infiltration œdémato-phlegmoneuse, d'après la disposition des couches fibreuses profondes ; discute la question du diagnostic sans s'appesantir peut-être suffisamment sur l'érysipèle du larynx. Il conseille de faire la trachéotomie de bonne heure. A. CARTAZ.

Ueber Kehlkopffracturen (Fractures du larynx), par SCHEIER (*Deut. med. Woch.*, *n°* 33, *p.* 796, 1893).

Signalées par Morgagni et décrites par Malgaigne, les fractures du larynx ne méritent pas, d'après Arbuthnot Lane, la réputation de rareté qu'on leur a faite. Cet auteur les a constatées sur le cadavre 9 fois sur 100.

Scheier produit les fractures du larynx sur le cadavre de deux façons : par pression latérale ou par choc sur la région antérieure. La pression latérale détermine soit des fractures complètes de l'os hyoïde ou des cartilages, soit de simples fissures. Le choc direct (coup de poing) lèse toujours le cartilage cricoïde, souvent le thyroïde, rarement l'os hyoïde ; la muqueuse reste intacte. Scheier n'a pas vu les lésions des cordes vocales décrites par Scheff.

Le pronostic est toujours défavorable; souvent la trachéotomie est nécessaire. On observe fréquemment des rétrécissements secondaires du larynx. Pour éviter le sténose, on pouvait faire la thyratomie au lieu de la trachéotomie.

Un homme de 28 ans ayant reçu un coup de pied de cheval au menton et présentant les signes d'une fracture de la base du crâne, est atteint de dyspnée intense avec sifflement laryngé. On constate plusieurs fractures des cartilages : crépitation nette, trait de fracture passant par l'aile gauche du cartilage thyroïde, au voisinage de la ligne médiane. Trachéotomie 10 heures environ après l'accident. Le doigt introduit par la plaie corrige le déplacement des fragments, qui sont maintenus à l'aide d'un tampon de gaze iodoformée introduit dans le larynx. La dysphagie qui se manifeste dès qu'on enlève le tampon nécessite sa présence pendant une dizaine de jours.

Guérison de la fracture en 4 semaines. A ce moment, on constate que la lame droite du corps thyroïde est proéminente et surélevée. A la place des cordes vocales supérieures existent deux saillies rougeâtres qui rétrécissent considérablement le calibre du larynx. Les cartilages aryténoïdes ne sont plus symétriques; ils se meuvent à peine. On ne voit pas les cordes vocales vraies.

Le rétrécissement est traité d'abord par les bougies de Dupuis, ensuite par les tubes d'O'Dwyer. Au bout de 2 mois, le résultat est satisfaisant.

L. GALLIARD.

Sur un cas d'extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable, par PÉRIER (*Bull. Acad. méd.* 18 *juillet* 1893).

Homme de 62 ans, porteur d'un épithelioma du larynx depuis 2 ans. L'ablation en est faite sous la chloroformisation et sans trachéotomie préalable. Après avoir mis à nu le squelette laryngo-trachéal, par la dissection de deux lambeaux trapézoïdes circonscrits par deux incisions transversales, que relie entre elles une incision verticale, et avoir placé un fil en anse de chaque côté de la trachée, l'auteur a passé une sonde cannelée derrière la trachée, entre son premier anneau et l'œsophage, puis d'un coup il l'a fendue transversalement et, l'attirant au dehors, il a introduit dans son intérieur une canule conique, qui a permis de continuer la chloroformisation.

Ce premier temps de l'opération exécuté, le larynx a été séparé du pharynx assez facilement, puis l'orifice pharyngien a été suturé aux lèvres de l'incision transversale supérieure, dans une étendue suffisante pour que le bout de l'index puisse entrer à peine dans le pharynx; les lèvres de l'incision transversale ont ensuite été réunies l'une à l'autre, à droite et à gauche de l'orifice pharyngien conservé.

Cela fait, et les lambeaux latéraux étant suturés entre eux, la canule fut retirée et la trachée fixée aux lèvres de l'incision tranversale inférieure. Pas d'accident sérieux à la suite de l'opération et guérison de la plaie en 8 jours.

A l'examen histologique, épithélioma pavimenteux lobulé.

La séparation du pharynx et de la trachée chez ce malade était complète; la voix était cependant possible et assez nette. Elle le devint par l'adjonction d'un appareil de soufflerie qui lançait dans l'orifice supérieur, communiquant avec le pharynx, une certaine quantité d'air; l'orifice inférieur, orifice trachéal, ne servait plus qu'à la respiration. OZENNE.

Pharyngeal voice, par J. S. SOLIS-COHEN (*New York med. j.*, *p.* 556, 11 *novembre* 1893).

Solis-Cohen présente un malade, auquel, il y a 14 mois, il a enlevé le larynx, et le premier anneau de la trachée, laissant l'épiglotte, pour un épithélioma cylindrique. Pour éviter la pneumonie, il sutura la trachée à l'ouverture cutanée, et depuis il n'y a plus eu aucune communication entre la trachée et la bouche.

Quelques mois après l'opération, le patient était capable d'émettre un son, très semblable à un gloussement; puis, progressivement, le son devint plus distinct, et actuellement l'opéré peut se faire comprendre. Il est difficile de préciser le point où se produit la voix. Très probablement, les constricteurs du pharynx entrent en vibration sous l'influence de l'air qu'avale le malade et qui paraît se loger dans une poche, située dans le cou, au-dessus de l'extrémité supérieure de la trachée.

Lefferts croit que ce malade parle avec la langue et les lèvres, mais sûrement pas avec l'épiglotte. La voix qui ne se produit certainement pas dans la région du larynx, est beaucoup mieux modulée qu'elle ne pourrait l'être par un appareil artificiel quelqu'il soit. MAUBRAC.

I. — Opéré ayant récupéré l'usage de la parole en l'absence de larynx, par Hans SCHMID et B. FRAENKEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 31, *p.* 757, 31 *juillet* 1893).

II. — Zur Frage der totalen Kehlkopfexstirpation, par POPPERT (*Deutsche med., Woch.*, *n°* 35, *p.* 833, 1893).

I. — Cet homme a subi il y a 7 ans l'ablation de la totalité du larynx et de l'épiglotte; durant l'opération, l'œsophage fut ouvert deux fois, d'où des fistules opiniâtres qui gênèrent le traitement consécutif. Plus tard, Schmid excisa une ulcération paraissant indiquer une récidive. Cet homme fut long-

temps cathétérisé pour tâcher de conserver la communication entre les voies supérieures et la trachée. Ce traitement ne donnant pas de résultats appréciables, le malade déclina toujours plus, et Schmid le laissa partir, croyant sa mort prochaine. Un an plus tard, il le vit revenir, ayant bien meilleur aspect, quoiqu'il souffrît encore des suites d'une néphrite; de plus, au lieu d'être absolument aphone, l'homme avait récupéré la parole. Il ne portait qu'une simple canule d'argent, et entre la trachée, qui cessait au niveau de la canule, et les voies supérieures, il n'existait aucune connexion. La langue, les piliers palatins, les amygdales, étaient très augmentés de volume; la paroi pharyngée formait un bourrelet saillant en avant. A l'aide du laryngoscope, on distinguait un orifice arrondi correspondant à l'entrée de l'œsophage. Cet orifice, cratériforme, changeait de configuration quand le malade proférait à haute voix un *a* ou un *e*; il devenait ovale par rapprochement de ses deux bords latéraux, tandis que le bord postérieur faisait saillie en avant; en même temps, pendant l'intonation, on voyait monter et crever des bulles d'air.

Landois et Struebing, qui l'ont examiné, ont admis que la voix se formait chez lui surtout dans un espace clos dû à l'application de la langue contre la paroi postérieure du pharynx. B. Fraenkel a montré que cette explication était inadmissible, car le malade parle encore quand on lui fait ouvrir la bouche et tirer la langue.

La canule trachéale est la seule communication que les poumons aient avec l'air extérieur. Si on la retire, l'ouverture trachéale se ferme après une profonde inspiration. Lorsqu'ensuite l'homme pratique une expiration forcée, il ne s'échappe aucune trace d'air, preuve qu'il n'existe aucune fistule faisant communiquer la trachée avec l'œsophage.

Quand on demande à cet homme où il forme sa voix, il indique immédiatement le point situé au-dessus de l'ouverture trachéale, et c'est précisément en cet endroit que les vibrations vocales sont le plus manifestes. Lorsque le malade fait un mouvement de déglutition, l'orifice œsophagien, qui est triangulaire, se contracte et laisse entrer de la salive; lorsqu'il parle, on voit cette salive se mouvoir sous l'influence du courant d'air ascendant, L'examen laryngoscopique montre que c'est la lèvre externe droite tendue de l'orifice œsophagien qui constitue une glotte vicariale. Reste à expliquer où l'homme prend l'air qui met en vibration cette membrane muqueuse tendue. Fraenkel avait supposé d'abord que c'était de l'air dégluti. Mais comme le malade conserve la faculté de parler alors qu'il a la langue au dehors et que partant il ne peut avaler d'air, il faut chercher une autre explication. Remarquant qu'avant toute phonation, l'homme fait une inspiration, Fraenkel pense que durant l'inspiration, l'orifice œsophagien se dilate et donne entrée à de l'air, puis, quand il veut parler, il rétrécit cet orifice, par lequel peut s'échapper l'air préalablement aspiré. Les sons qu'il émet ne sont nullement musicaux, mais les paroles parfaitement compréhensibles à distance, dans une grande salle, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'un chuchotement ou d'une voix aphone.

Von Helmholtz considère ce cas comme venant à l'appui de sa théorie qu'à l'état normal, la production des voyelles et des consonnes s'effectue dans les organes vocaux supérieurs, et le son qui les renforce uniquement dans le larynx.

Schmid fait remarquer que si l'on pouvait généraliser ce fait particulier que la voix peut reparaître sans qu'on ait à s'occuper de maintenir les communications entre la trachée et les voies supérieures, cela diminuerait de beaucoup le danger de l'ablation du larynx, en même temps que le traitement ultérieur se trouverait simplifié; on se mettrait en effet

souvent à l'abri d'une pneumonie par déglutition de matières infectées, en amenant délibérément au dehors le bout central de la trachée et en tamponnant avec de la gaze iodoformée le bout placé au-dessus de la canule. J. B.

II. — La mortalité opératoire à la suite de l'extirpation totale du larynx varie, d'après les statistiques de Wassermann, de Maydl et de Tauber, entre 40 et 44 0/0. Les progrès récents de la chirurgie n'ont donc guère amélioré le pronostic de cette opération ; cela tient à la disposition de la plaie qui, communiquant largement avec le pharynx, se laisse infecter aisément ; de là les broncho-pneumonies septiques consécutives à l'opération.

Pour remédier à cet inconvénient, l'auteur propose de séparer la plaie laryngée de la cavité du pharynx. Il suit d'ailleurs l'exemple de Schmid ci-dessus relaté. Bardenheuer a guéri 4 malades par ce procédé, après 5 insuccès dus à la méthode ordinaire.

Poppert a opéré lui-même une femme de 68 ans, atteinte de cancer du larynx ; après l'extirpation totale de l'organe, il a suturé la plaie pharyngée. La patiente a pu s'alimenter sans peine. Elle n'a pas eu de fièvre. Immédiatement après l'opération, elle a pu se faire entendre au moyen de la voix chuchotée.

Ce chuchotement ne vaut pas celui des sujets dont les voies aériennes sont en communication avec la bouche. La malade de Poppert peut prononcer les consonnes, mais elle ne prononce pas les voyelles isolément ; il faut qu'une consonne les précède, car pour les voyelles isolées, l'air emmagasiné dans le pharynx et la bouche n'est pas suffisant.

Ce langage rudimentaire peut s'améliorer par l'exercice ; certaines vibrations de la langue et du palais produisent, comme chez l'opéré de H. Schmid, des sons véritables. D'ailleurs, les malades se soumettent difficilement à l'application du larynx artificiel, que permet le procédé opératoire vulgaire. L. GALLIARD.

Cuatro casos de estirpacion parcial de la laringe, par Juan CISNEROS (*Archivos int. de rin., IV, juin* 1893).

L'auteur publie quatre observations d'ablation partielle du larynx ; le premier chez une femme de 42 ans pour un sarcome fusocellulaire qui avait nécessité la trachéotomie. Extirpation de la moitié gauche du larynx ; mort le troisième jour. Pas d'autopsie.

Dans le deuxième cas, homme de 52 ans. En 1889 ce malade avait subi l'amputation du pénis pour un épithélioma. En mai 1891, il entre à l'hôpital pour une affection laryngée amenant des troubles respiratoires graves ; trachéotomie le 10 mai. Examen d'un fragment de la tumeur ; épithéliome cylindrique. Laryngectomie partielle le 19 novembre. Guérison rapide. Pas de récidive seize mois après.

3° Homme de 48 ans. Épithélioma de la partie droite du larynx. Laryngectomie partielle. Guérison, mais récidive quelques mois plus tard.

4° Homme de 55 ans. Épithéliome. Laryngectomie partielle. Guérison. Pas de récidive dix mois après.

Examinant les chiffres des plus récentes statistiques (Sota y Lastra, (*Revista de med. y cirugia pract.*, 1893), C. trouve que 142 extirpations totales (pour cancer) ont donné 23 guérisons ; 62 partielles, 22 guérisons, et il conclut en faveur de l'opération radicale contre la trachéotomie palliative. A. CARTAZ.

Di un nuovo metodo destinato a favorire la rimozione della cannula in alcuni tracheotomizzati per laringite post-tifica, par A. NANNOTTI (*Il Morgagni, p.* 488, *août* 1893).

Femme trachéotomisée pour une laryngite post-typhique ; au bout de cinq mois, la malade respirait facilement lorsqu'on oblitérait la canule et lorsqu'on bouchait la plaie avec le doigt; l'auteur essaya la suture de la trachée, mais fut obligé par une menace d'asphyxie d'enlever les points de suture quatre heures après l'opération ; il laissa alors la plaie cruentée se réunir par première intention, la respiration se fit facilement tant qu'il resta une ouverture assez large, mais dès que celle-ci se rétrécit, les menaces d'asphyxie se reproduisirent et il fallut faire une nouvelle trachéotomie. Attribuant la gêne de la respiration à ce que la trachée rapprochée de la peau faisait un angle ouvert en arrière en même temps qu'elle était rétrécie, Nannotti eut l'idée d'oblitérer l'ouverture de la trachée avec un double lambeau cutané qui laisserait intacte la lumière et la disposition de la trachée. Dans ce but, il circonscrit sur la partie gauche du cou un lambeau cutané demi-circulaire à base tournée vers le bord correspondant de l'ouverture trachéale, et l'amena sur cette ouverture en tournant en dehors sa surface cruentée, puis ayant avivé le bord droit de l'ouverture trachéale à l'union de la peau et de la muqueuse, il y sutura ce premier lambeau ; puis, ayant disséqué un lambeau rectangulaire sur le côté droit du cou, il le fit glisser de façon à couvrir le lambeau sous-jacent et la brèche qu'il avait laissée. Des accès de toux ayant fait céder quelques points de suture du lambeau profond qui furent remplacés par d'autres et ceux-ci ayant cédé à leur tour, la plaie se cicatrisa par seconde intention, laissant deux petits pertuis qui furent oblitérés par une opération ultérieure. Le résultat fut excellent et la respiration s'exécuta sans difficulté.

GEORGES THIBIERGE.

Contributo clinico e anatomo-patologico alle stenosi tracheali intrinseche, par G. STRAZZA (*Arch. ital. di laryng., XIII*, 4).

Jeune fille de 21 ans, atteinte de dyspnée profonde survenue à la suite d'une pleurésie gauche. Légère cyanose, cornage. A l'examen laryngoscopique, muqueuse saine, cordes vocales fonctionnant normalement. Au niveau des premiers anneaux de la trachée, tumeur à surface granuleuse obstruant en partie le calibre de la trachée. Refus de se laisser trachéotomiser. A l'aide des pinces, S. parvint, par la voie intra-laryngée, à extraire la plus grande partie de la tumeur. Il pratiqua ensuite le tubage pour tâcher de dilate la partie rétrécie de la trachée. Il y eut à la suite une notable amélioratio des troubles respiratoires. On put alors constater que le processus hyperplasique était limité à la partie antérieure de la trachée et que vers le cinquième ou sixième anneau il existait une hypertrophie circulaire de la muqueuse amenant un rétrécissement prononcé. S. pratiqua alors la dilatation profonde avec les canules de Schrœtter modifiées dans ce but. En deux mois, les résultats obtenus furent des plus marqués ; mais il existait encore, au départ de la malade, une infiltration de la paroi antérieure.

Le diagnostic hésita entre une hyperplasie simple ou de la tuberculose végétante. S. penche pour ce dernier diagnostic, malgré l'absence de signès pulmonaires et l'absence de bacilles dans les crachats et la tumeur. Mais la pleurésie ancienne, les caractères de la tumeur le portent à croire à un processus tuberculeux. Cette tumeur présente en effet les caractères de la pachydermie laryngée ; hyperplasie de l'épithélium transformé avec infiltration de cellules rondes.

A. CARTAZ.

L'udito nei neonati, par C. POLI (*Arch. ital. di otol., I*, 4).

Les nouveau-nés à terme et de constitution normale sont en état de

percevoir les sons dès les premiers moments de la naissance, dix minutes après. La réaction que l'on obtient par l'excitation auditive est plus ou moins vive (depuis un simple clignement de la paupière à une secousse totale du corps) suivant l'état du sujet et le moment de l'expérience. Les sons élevés sont les premiers perçus. La variabilité des résultats tient sans doute aux conditions variées de l'appareil de transmission.

A. CARTAZ.

Sulle vertigine auditivi, par G. MASINI (*Arch. ital. di otol.*, *I*, 4).

D'une série de recherches expérimentales établies comparativement avec des observations cliniques, Masini conclut que les canaux semi-circulaires ne sont pas seulement des organes présidant au sens de l'équilibre, mais qu'ils sont des organes complémentaires de l'appareit auditif. A. CARTAZ.

La sordita nella meningite cerebro-spinale, par G. GRADENIGO (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, *p.* 542, *juillet* 1893).

La surdité complète, provoquée par la méningite cérébro-spinale et par d'autres formes de méningite abortive, n'est pas rare. La surdité définitive est à craindre quand elle persiste dans les premiers jours de la convalescence, et, dans ces cas, le traitement le plus rapide ne produit pas la plus légère amélioration. Par contre, la surdité peut disparaître spontanément dans les premiers jours de la convalescence.

GEORGES THIBIERGE.

Des blessures de l'oreille par armes à feu, par J.-W. BINAUD (*Arch. gén. de méd.*, *avril et mai* 1893).

Binaud passe en revue les divers travaux publiés sur ce sujet et en tire les éléments d'une étude fort intéressante. Il divise ces traumatismes en :

1° Plaies des parties molles, avec contusion osseuse plus ou moins légère ;

2° Plaies pénétrantes : *a*) de la mastoïde; *b*) plaies par projectiles passant par le conduit, perforant le tympan et se logeant dans la caisse; *c*) plaies par enfoncement de la paroi osseuse intéressant le rocher.

Il examine successivement, d'après de nombreuses observations, les symptômes fort variables des lésions, et cherche par l'étude comparée des accidents observés quelle doit être la conduite du chirurgien. La diversité des lésions, des troubles consécutifs ne permet pas de poser des règles fixes; chaque cas comporte une technique opératoire différente. En tout cas, l'extraction du projectile par voie directe doit-elle être très prudente; la recherche par l'ouverture du conduit en décollant le pavillon, en attaquant au besoin l'apophyse mastoïde donne une voie plus large, plus commode, et peut s'appliquer dans la grande majorité des cas, avec des variantes. A. CARTAZ.

De l'ostéomyélite du temporal comme complication de l'otite moyenne suppurée, par J.-E. PAUZAT (*Ann. mal. de l'or.*, *septembre* 1893).

1° L'ostéomyélite des os longs se rencontre sur le temporal sous les

formes aiguës, subaiguës ou même chroniques; elle constitue une complication fréquente de l'otite moyenne suppurée chronique.

2° Le développement et la fréquence relative de cette affection s'expliquent naturellement par ce fait que les microbes de l'ostéomyélite existent normalement dans les sécrétions de l'otite moyenne suppurée.

3° Au point de vue clinique, on connaît : *a*) un type d'ostéomyélite aiguë généralisée à la pyramide entière du temporal, à la mastoïde ou du moins à sa lame interne et même à la portion voisine du temporal; *b*) plusieurs variétés d'ostéomyélites aiguës ou subaiguës limitées, suivant le point atteint.

4° Le pronostic de l'ostéomyélite est en rapport avec la nature infectieuse de la maladie; les abcès sous-périostés, la phlébite des sinus, l'infection septico-pyohémique sont la conséquence de l'ostéomyélite.

5° La trépanation est la base du traitement chirurgical.

Les observations personnelles sur lesquelles s'appuie ce travail datent de plus de quinze ans; actuellement l'intervention serait certainement moins tardive. A. CARTAZ.

Osteite acuta dell' antro mastoideo in seguito a cauterizzazione galvanica dei turbinati inferiori, par G. FERRERI (*Arch. ital. di otol.*, *I*, 4).

A propos d'un cas d'otite suppurée survenue quarante-huit heures après la cautérisation des cornets inférieurs et compliquée de suppuration mastoïdienne ayant nécessité la trépanation, Ferreri étudie la fréquence et l'origine de ces accidents. Il rappelle les observations antérieures, montre que cette complication n'est pas rare, mais qu'elle survient plus souvent chez des malades ayant ou ayant eu auparavant des inflammations de l'oreille. Il ne croit pas à l'influence nocive autant qu'on l'a dit, des douches nasales et les expériences qu'il a faites lui permettent d'affirmer que l'introduction mécanique des agents pyogènes par la trompe n'est pas la cause la plus ordinaire des accidents de suppuration de l'oreille ; la pénétration se fait vraisemblablement par les lymphatiques. A. CARTAZ.

The symptomes and treatment of septic infection of the lateral sinus, par Arbuthnot LANE (*Brit. med. journ.*, 9 *septembre* 1893).

Depuis août 1888, Lane est intervenu chirurgicalement neuf fois, avec 8 succès, chez des malades atteints de thrombose du sinus latéral, consécutive à une otite moyenne suppurée; et de l'examen de ces cas qu'il rapporte résumés, il tire les conclusions suivantes :

L'infection septique du sinus latéral est toujours due à l'extension d'un processus inflammatoire dont le point de départ est un abcès situé entre l'os et la dure-mère, contigu aux parois du sinus; aussi les symptômes qui résultent de l'infection du sinus, sont-ils précédés et accompagnés par les signes de l'abcès sous-jacent à la dure-mère.

L'abcès extra-dural irrite la dure-mère, et s'accompagne de douleur profonde, de migraine, de céphalalgie irradiant du point malade.

Cet abcès sous-dural peut entraîner la mort en déterminant une arachnoïdite suppurée, ou bien en infectant le sang du sinus et en entraînant par suite une pyémie.

Lorsque l'abcès sous-dural est volumineux, outre la douleur profonde, la céphalalgie irradiante, on peut observer des signes d'inflammation de l'arachnoïde, d'intensité très variable, mais en rapport assez exact avec le siège et l'intensité de l'inflammation : ces nouveaux signes sont la douleur de la nuque et la rétraction de la tête.

La sensibilité de la mastoïde est subordonnée à la structure de l'apophyse; si les cellules mastoïdiennes sont absentes, la douleur est minime; mais on peut réveiller ou exaspérer une douleur profonde par la percussion de l'apophyse.

L'infection du contenu du sinus latéral est commandée par le siège de l'abcès sous-dural : cet abcès doit, en effet, être très proche du sinus ou même développé sur sa paroi, pour déterminer de la phlébite.

Les signes de l'infection du sinus, outre les symptômes propres à l'abcès sous-dural, sont : l'irrégularité et la variation rapide de la température, et parfois les frissons; plus tard, les foyers secondaires de pyémie.

Le développement de foyers secondaires de pyohémie n'est pas lié nécessairement à l'existence d'une thrombose du sinus; une inflammation des parois du sinus, à peine suffisante pour entraîner l'opacité de la couche interne, peut déterminer des foyers secondaires, alors même que l'abcès sous-dural, cause de tout le mal, aura été ouvert et vidé.

Malheureusement, la thrombose septique du sinus latéral est souvent découverte trop tard.

La mesure la plus certaine consiste, à ouvrir l'antre mastoïdien, puis lier la jugulaire interne, ouvrir et désinfecter l'abcès extra-dural; puis, qu'il y ait ou non un caillot, on ouvre le sinus, on le nettoie et on le bourre de gaze iodoformée.

Jones rapporte l'observation d'une petite fille de 6 ans, atteinte depuis 9 mois d'otite suppurée gauche, suite de rougeole; des accidents encéphaliques déterminèrent l'intervention; un abcès extra-dural fut évacué, et la paroi antérieure du sinus réséquée, après ligature de la jugulaire; le sinus fut curetté, nettoyé et bourré de gaze iodoformée. L'enfant mourut au bout de 7 jours. A l'autopsie, on constata que la phlébite se propageait dans le sinus longitudinal et le sinus latéral du côté opposé. MAUBRAC.

The treatment of chronic suppuration of the middle ear by excision of the auditory ossicles, par W. MILLIGAN (*Brit. med. journ.*, *p.* 563, 9 *septembre* 1893).

Dans les cas d'inflammation chronique suppurée de l'oreille moyenne, s'accompagnant de perforation de la membrane de Shrapnell et de carie, soit des parois de la caisse, soit des osselets, on devra pratiquer l'excision de la membrane du tympan et des osselets.

Après cette opération, en règle générale, l'inflammation cesse, ou tout moins diminue considérablement, et les symptômes tels que le vertige, les bourdonnements, disparaissent ou s'atténuent : l'ouïe est parfois augmentée, d'autres fois ne subit aucune amélioration, très rarement elle est diminuée.

Chez 15 malades, Milligan a pratiqué l'excision des osselets : il a obtenu 11 guérisons et 2 améliorations ; deux malades sont encore en traitement.

Adolph Bronner considère l'opération comme utile en certains cas, mais elle n'empêche pas les récidives et lorsque les parois de la caisse sont cariées, mieux vaut ouvrir l'antre mastoïdien et drainer. Il a excisé les osselets chez 4 malades, la guérison fut chaque fois rapide, mais au bout d'un an, trois de ces malades présentaient de nouveau un écoulement par l'oreille.

A. Lane est également d'avis que mieux vaut ouvrir l'apophyse mastoïde. MAUBRAC.

Ueber Exostosen des Meatus auditorius externus, par VIRCHOW (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 26, *p.* 635, 26 *juin* 1893).

Virchow décrit les exostoses constatées sur les crânes des anciens Péruviens, à l'entrée des conduits auditifs externes. Seligmann, qui les a le premier signalées, avait cru à une coutume des jeunes Péruviens nobles de se faire opérer de bonne heure pour pouvoir plus tard se décorer les oreilles. Virchow a reconnu que cette anomalie, résultant évidemment d'un arrêt de développement, se rencontrait dans toutes les classes de la population péruvienne de l'époque, si bien que plus de 13 0/0 des crânes retrouvés dans les nécropoles offraient de semblables exostoses.

Ces exostoses ont deux sièges de prédilection, à l'entrée du méat auditif externe, l'un sur le pourtour antérieur, l'autre sur le pourtour postérieur de la circonférence; elles peuvent occuper les deux emplacements ou un seul d'entre eux; parfois elles obstruent presque complètement l'orifice du conduit. En fait, elles siègent exactement aux deux extrémités de l'anneau tympanique, qui reste quelque temps non fermé chez le nouveau-né, avant de se souder au temporal.

D'ailleurs, Tschudi avait rapporté de ses voyages au Pérou les os des membres d'un squelette déterré, qui ont fait l'objet d'une thèse de Zurich à cause de leur déformation spéciale. Virchow a reconnu qu'il s'agissait de ce qu'on appelle les exostoses multiples.

Hartmann signale les exostoses diffuses, véritables hyperostoses occupant la partie la plus reculée du canal auditif externe, la portion tympanique à l'endroit où elle s'unit à l'écaille du temporal pour former uue partie de l'échancrure de Rivini. Elles sont en général bilatérales et d'une fréquence relative, car H. les a observées 14 fois sur 9,000 malades; il s'agit évidemment aussi d'un trouble de développement

Lucae insiste, en revanche, sur les exostoses unilatérales toujours consécutives à une suppuration de l'oreille moyenne et qui peuvent rétrocéder en même temps qu'elle, ainsi qu'il en rapporte un exemple. Ces exostoses s'implantent par une large base sur les parois antérieure et postérieure du canal; elles peuvent survivre à l'otorrhée.

Enfin, on peut rencontrer sur le vivant des exostoses placées symétriquement dans chaque oreille au niveau du rebord supérieur de l'anneau tympanique, sans suppuration auriculaire antérieure ou concomitante. Ici on a affaire évidemment à un arrêt de développement congénital comme chez les anciens Péruviens. J. B.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1893.

A

Abcès. — Abcès multiples cryptogénétiques (à staphylocoque doré), par F. Rivalta. (*Bollettino Societa Lancisiana Roma*, avril 1892, p. 34.) — Un cas de phlegmon de Heurtaux, par Weiss. (*Revue médicale de l'Est*, n° 7, p. 193.)

Abdomen. — Précision dans le diagnostic des affections abdominales, par Balloch. (*Med. News*, 4 novembre.) — Restes du conduit vitellin à l'ombilic, par Hektoen. (*Americ j. of obst.*, septembre.) — Études de chirurgie abdominale, par Berndt. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 1 et 2.) — Plaie pénétrante de l'abdomen par baïonnette Lebel, par Rabion. (*Rev. gén. de clin.*, 9 novembre.) — Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen, par Reclus. (*Union médicale*, 19 octobre.) — Phlegmon de la gaine hypogastrique avec prolongements fessier et ischio-anal, par Launay. (*Gaz. des hôp.*, 26 septembre.) — Rupture partielle, centrale du grand droit antérieur de l'abdomen. Hématome consécutif, par Duplay. (*Union médicale*, 7 octobre.) — Fibrome de la paroi abdominale, par Coignet. (*Lyon méd.*, 27 août.) — Enorme fibrome de la paroi abdominale droite, 3,080 grammes, ablation, par Coignet. (*Arch. prov. de chir.*, II, 9.) — Pronostic de l'ascite due à la cirrhose du foie, à la périhépatite et à la péritonite chronique, par White. (*Guy's hosp. Rep.*, XXXIV, p. I.)

Accouchement. — Sur les monuments antiques représentant des scènes d'accouchement, par Margoulieff. (*Thèse de Paris*, 23 novembre.) — Du rôle de l'obstétrique dans la dépopulation de la France, par Verrier. (*France méd.*, 15, p. 225.) — Note sur les accouchements faits à l'hôpital de Lourcine (1890-1892), par Martin. (*Progrès médical*, 13 mai.) — Nouvelle contribution à l'étude de la circulation fœto-placentaire au moment de la délivrance, par P. Caviglia. (*Giornale Accad. di med. Torino*, juin, p. 436.)— De l'asepsie en obstétrique et de la nécessité de l'antisepsie, par Fehling. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 275, 1er avril.) — Thérapeutique obstétricale, par Auvard. (in-18, 218 p. *Paris.*) — Du soulagement des douleurs de l'enfantement, par Love. (*Journal Americ. med. Ass.*, 26 août.) — Mécanisme du travail, observations cliniques et expérimentales, par Edgar. (*Americ. j. of obst.*, octobre.) — Mécanisme du travail, par Rutherford. (*Pan Americ. med. cong.*, septembre.) — L'obstétrique chez

les nègres de la Caroline du sud, par DE SAUSSURE. (*Ibid.*) — Emploi du chloroforme dans le travail, par UPSHUR. (*Ibid.*) — De la rigidité du col comme complication dans le travail, par KING. (*Journal Americ. med. Ass.*, 16 septembre.) — De l'accouchement forcé dans certaines complications obstétricales, par ELIOT. (*Ibid.*, 2 septembre.) — De la dilatation mécanique du col dans le travail, par ROSENSTEIN. (*Therap. Monats.,* octobre.) — L'efficacité du chloral dans le travail, par GARNER. (*Lancet*, 18 nov.) — L'expulsion de la tête dernière et la protection du périnée, par H. OSTERMANN. (*Berlin. klin. Wochens*, p. 468, 15 mai.) — Rotation exagérée de la tête pendant l'accouchement, par BUDIN. (*Journ. de méd. Paris*, 15 oct.) — Etude statistique sur les présentations du sommet au point de vue de la fréquence et du pronostic, par CORBIÈRE. (*Thèse de Paris*, 5 juillet.) — Des inclinaisons latérales de l'utérus gravide dans les présentations du sommet, par VALLOIS. (*Arch. de tocol.*, juin.) — D'une manière d'obtenir, dans l'accouchement par le sommet de la tête fœtale dès le début de la période de dilatation, par FOURNEL. (*Journ. de méd. Paris*, 26 novembre.) — Contribution à l'étude des accouchements répétés, par SCHUHL. (*Rev. méd. de l'Est*, 8, p. 261.) — A propos d'un cas d'accouchement dystocique, notes et observations cliniques, par S. PATELLANI. (*Il Morgagni*, mai.) — Sur l'emploi du crochet de Braun dans les présentations de l'épaule négligées, par HEINRICIUS. (*Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, juillet.) — Présentation du siège : tractions sur la nuque (procédé de Veit et Smellie); céphalématomes du pariétal droit et de l'occipital, par DICK. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 109, 1er février.) — De l'influence des nœuds du cordon sur la circulation fœtale, par BUDIN. (*Bull. Acad. méd.*, 4 juillet.) — Nœud du cordon, par LUGEOL. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 juillet.) — Des opérations de forceps, par FUTH. (*Cent. f. Gynaek.*, 7 octobre.) — Tumeur fibreuse compliquant la délivrance, par CROFFORD. (*Americ j. of obst.*, septembre.) — Note à propos de la paralysie traumatique par compression du plexus sacré pendant l'accouchement, par ADENOT. (*Lyon méd.*, 22 octobre.) — Des blessures du cordon pendant le travail, par WESTPHALEN. (*Arch. f. Gynaek.*, XLV, 1.) — Méthode de dilatation rapide du col, ses avantages en cas de placenta prœvia, par HARRIS. (*Pan Americ. med. cong.*, septembre.) — Le principe des tractions axiales, par HOFFMANN. (*Ibid.*) — Emploi du forceps, par CAMPBELL. (*Ibid.*) — Usages et abus du forceps, par HOLHEULEN. (*Ibid.*) — Déchirure du sinus circulaire, par MAYGRIER. (*Journ. de méd. Paris*, 15 octobre.) — Dystocie par tumeur de la vessie fœtale, par WALTHER. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVII, 2.) — Rupture de la symphise pubienne, suppuration, mort, par GLENN. (*Lancet*, 7 octobre.) — De l'accouchement prématuré, provoqué, par TARNIER. (*Rev. gén. de clin.*, 18 p. 273.) — Des causes de la mortalité maternelle fœtale dans la symphyséotomie, par VARNIER. (*Ann. de gynéc.*, novembre.) — Sur la symphyséotomie, par WALLICH. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 septembre.) — De la symphyséotomie, par LOUIS BURCKHARDT. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 juin. — De la symphyséotomie, par FEHLING. (*Ibid.*, 1er juin.) — De la symphyséotomie, par SCHWARZE. (*Berlin. klin. Woches.*, 20 et 27 février.) — Un cas de symphyséotomie, par COBB. (*N. York med. journ.*, 26 août.) — Un cas de symphyséotomie, par SANGIORGIO. (*Ann. di ost.*, 1.) — De la symphyséotomie, par MORISANI. (*Ibid.*) — De la symphyséotomie, par GARRIGUES. (*Pan Americ. med. cong.*, septembre.) — Symphyséotomie, par GARRIGUES. (*Americ. j. of obst.*, novembre.) — Trois cas de symphyséotomie, une mort par septicémie, par BROOMALL. (*Americ. j. of obst.*, septembre.) — Symphyséotomie, par STANTON. (*Ibid.*) — La symphyséotomie au Canada. (*Ann. de gynéc.*, octobre.) — Symphyséotomie pour un bassin rachitique, par ED. DAVIS. (*N. York med. record*, 13 mai.) — La

question de la symphyséotomie, par Braun v. Fernwald. (*Wiener klin. Woch.*, 35.)

Acné. — Note sur un cas d'acné scutulaire, par Audry. (*Mercredi médical*, 14, p. 157.) — Pathologie de l'acné varioliforme, par Fordyce. (*Americ. derm. Ass.*, 5 septembre.) — Traitement de l'acné vulgaire, par A. Phillippson. (*Therap. Monats.*, novembre.)

Acromégalie. — Acromégalie, par Dreschfeld. (*Manchester med. Soc.*, 1er novembre.) — Une acromégalique, par Valat. (*Gaz. des hôp.*, 9 novembre.) — Observations d'acromégalie, survenant après la ménopause, par Thomas. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, p. 362.) — Développement plus considérable de la moitié gauche de la face et des extrémités correpondantes chez une fillette de 11 ans (acromégalie unilatérale), par Burchardt. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 550, 12 juin.) — Autopsie d'un cas d'acromégalie, par Squance. (*Brit. med. j.*, 4 novembre.)

Actinomycose. — Actinomycose du maxillaire supérieur, par Coignet. (*Lyon méd.*, 16 juillet.) — Actinomycose de la mâchoire inférieure opérée au huitième mois d'une grossesse. Incision, après l'accouchement, d'un abcès temporal de même nature et de foyers multiples plus petits, par Krœnlein. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 147, 15 février.) — Abcès périlaryngien dans un cas d'actinomycose, par Poli. (*Gaz. d. ospit.*, 14 mars.) — De l'actinomycose humaine, par Rochet. (*Gaz. hebd. Paris*, 13, p. 149.) — L'actinomycose au point de vue dermatologique et ses rapports avec d'autres dermatoses, mycetome, mycosis, par Tommasoli. (*Giorn. ital. mal. vener*, XXVIII, 3.)

Addison (mal. d'). — Maladie bronzée d'Addison, par Auvray. (*Soc. anat. Paris*, 21 juillet.) — De la maladie d'Addison et des capsules surénales, par Thompson. (*Americ. j. of med. sc.*, octobre.)

Albumine, urie. — Sur la coagulation de l'albumine, par Duclaux. (*Ann. Inst. Pasteur,* VII, 9.) — Rapports des hydrates de carbone et de la graisse avec la destruction de l'albumine chez l'homme, par Kayser. (*Thèse Berlin.*) — Degré d'importance de l'albumine dans l'alimentation humaine, par F. Hirschfeld (on a exagéré cette importance, 80 grammes suffisent). (*Berlin. klin. Wochens.*, 3 avril.)— Des besoins de l'homme en albumine, par Ritter (*Münch. med. Woch.*, 31 et 32, p. 581 et 605.) — Rapports entre la globuline et la sérine, des urines dans quelques formes d'albuminurie, par G. Crisafulli et E. Anzalone. (*Riforma medica*, 27 juillet.) — L'albuminurie intermittente, par Cranstoun Charles. (*St. Thomas's hosp. Rep.* XXI, p. 127.) — Observations sur le régime lacté absolu dans les albuminuries, par Vergely. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 octobre.)

Alcoolisme. — De l'action spéciale de l'alcool sur le corps humain, par Wright. (*Journal Americ. med. Ass.*, 30 septembre.) — Asiles américains d'alcooliques, par Crothers. (*Ibid.*, 30 septembre.) — L'abus de l'alcool et les maladies mentales, par Noott. (*Lancet*, 23 septembre.) — La lutte contre l'alcoolisme, par Bergeron. (*Rev. scientif.*, 9 septembre.) — Lettre du Conseil général de la Ligue patriotique contre l'alcoolisme au président du Conseil des ministres de Belgique. (*Mouv. hygiéniq.*, IX, 104.) — Des rapports de l'impaludisme et de l'alcoolisme, par Marandon de Montyel. (*Ann. méd. psych.*, novembre.) — Des signes révélateurs de l'alcoolisme, par Mérigot de Treigny. (*Rev. gén. de clin.*, 23 p. 354.) — Intoxication

alcoolique aiguë chez l'enfant; de l'abus de l'alcool dans les troubles gastro-intestinaux de l'enfance, par Koplik. (*Med. News*, 28 octobre.) — Sur le pouvoir protecteur du foie et du cerveau dans les empoisonnements alcooliques, par C. Gioffredi. (*Giornale Assoc. napoletana di med.* 2, p. 83.) — Périencéphalite diffuse alcoolique, par Petrucci. (*Bull. Soc. de méd. d'Angers,* p. 95.) — Traitement de l'alcoolisme, par Smith. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 554, 5 juin.)

Aliénation. — Genèse et prophylaxie des troubles mentaux, par G. Rheiner. (*Leipzig.*) — Sur les différences étiologiques de la folie chez l'homme et chez la femme, par Marro. (*Giornale Accad. di med. Torino*, mars, p. 209.) — Entre la folie et la raison; les toqués, par Azam. (*Ann. de psych.*, avril, p. 97.) — De l'aliénation mentale chez les forcats, par Ball. (*Journal Americ. med. Ass.*, 22 septembre.) — De la responsabilité légale dans l'aliénation mentale au point de vue médical, par Gray. (*Ibid.*, 23 sept.) — La médecine légale des aliénés en Italie, par Moreau de Tours. (*Ann. méd. psych.*, septembre.) — L'art chez les aliénés, par Hospital. (*Ann. méd. psych.*, septembre.) — Les altérations de la respiration dans les les psychopathies, par Rossi. (*Riv. spec. di freniat.*, XIX, 2 et 3.) — Des auto-intoxications dans les maladies mentales, par Seglas. (*Arch. gén. de méd.*, novembre.) — Folie et auto-intoxications, par Charpentier. (*Rev. gén. de clin.*, 31, p. 484.) — Des processus morbides psychiques ou moteurs relativement isolés dans la folie simple, par Rolles. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 juin.) — Contribution à l'étiologie et à la pathogénie du délire aigu, par C. Rasori. (*Riforma medica,* 23 septembre.) — Les aliénés à tendances homicides présentent-ils des particularités physiques caractéristiques, par Camuset. (*Ann. méd. psych.*, septembre.) — De la folie gémellaire, par Marro. (*Broch. Turin.*) — La cause du libro del commodo, la folie à cinq, par Semelaigne. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Cas de folie consécutive à une ovarosalpingectomie, par Régis. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 septembre.) — Deux cas de folie maniaque transitoire, par Brauchli. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte,* 15 mai.) — Perversions sexuelles à formes obsédantes, par Boissier et Lachaux. (*Arch. de neurol.*, novembre.) — L'assistance des aliénés en Ecosse, par Ad. Meyer. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er et 15 mars.) — Hôpitaux pour les aliénés, par Field. (*Journ. of nerv. dis.*, septembre.) — Les progrès dans les soins et le traitement des aliénés depuis vingt ans, par Riggs. (*Ibid.*, septembre.) — De l'action sédative de la duboisine à doses continues chez les aliénés, par Marandon de Montyel. (*Arch. de neurol.*, septembre.) — De l'action hypnotique et thérapeutique du chloralose dans les maladies mentales, par Rossi. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 2 et 3.)

Alimentation. — L'alimentation qui procure le plus de chaleur et le plus de force musculaire, intellectuelle et morale, par Gallavardin. (*Lyon méd.*, 10 septembre.) — Préceptes pour fabriquer à la maison un pain riche en albumine, par W. Ebstein. (*Deutsche med. Woch.*, 18, p. 414.)

Allaitement. — Allaitement artificiel. Lait stérilisé à 100°, par Budin et Chavane. (*Bull. acad. méd.*, 25 juillet.) — De l'emploi pour l'allaitement du lait stérilisé à 100°, au bain-marie ; allaitement mixte, allaitement artificiel, par Budin et Chavane. (*France méd.*, 30, p. 465.) — Allaitement artificiel, pasteurisation et stérilisation du lait, par Legay. (*Médecine moderne*, 4 octobre.) — Doit-on conserver une nourrice atteinte d'une maladie aiguë, par Dauchez. (*Rev. gén. de clin.*, 26, p. 403.)

Amputation. — Ablation de l'omoplate, par Jaboulay. (*Lyon méd.*, 26 nov.)

— De la valeur et des conditions de service des moignons d'amputations des extrémités à différents points et suivant diverses méthodes, par Smith. (*Med. News*, 9 septembre.) — Désarticulation de la hanche pour sarcome récidivé de la cuisse, par Herrick. (*Med. News*, 7 octobre.) — De l'amputation de la cuisse dans les tumeurs blanches du genou, par Tillaux. (*Union médicale*, 1er juin.) — Amputation de cuisse pour broiement traumatique du membre chez un sourd-muet de 14 ans, par Gluck. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 juin.) — Désarticulation du genou chez un homme de 59 ans, atteint de cancer de la jambe, consécutif à un ulcère variqueux; 5 mois plus tard, amputation de cuisse pour fistules persistantes; un mois plus tard, ablation des ganglions inguino-iliaques devenus cancéreux, par Krœnlein. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 147, 15 février.) — Désarticulation du genou, par Pollosson. (*Lyon méd.*, 16 juillet.) — De la formation d'un moignon résistant dans les amputations de l'extrémité inférieure de la jambe, par Bier. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 434, 1er mai.)

Amygdales. — Méthode de traitement de l'amygdalite folliculaire, par Hoag. (*Chicago.*) — Esquinancie, son traitement par l'incision précoce, par Brannan. (*N. York med. Record*, 28 octobre.) — Amygdalite aiguë. Arthrite secondaire sur un ancien foyer de traumatisme, par J. Sacaze. (*N. Montp. méd.*, 23, p. 445.) — Un cas d'hémorragie amygdalienne et uvulaire, par Fischer junior. (*Deut. med. Woch.*, 19 octobre.) — Nouvel instrument (sorte de pince à forcipressure à larges surfaces) pour arrêter les hémorragies amygdaliennes. Statistique de 50 cas d'hémorragie, par Hayle Butts. (*N. York med. Record*, 1er juillet.) — Sur un cas de périamygdalite linguale phlegmoneuse, par Colin. (*Arch. int. de laryng.*, VI, 5.) — Trois cas de lésions de l'amygdale linguale, par Boulengier. (*Presse méd. Belge*, 1.) — Le chancre des amygdales, par Bulkley. (*New York med. record*, p. 645, 27 mai.) — Syphilis de la tonsille linguale, par Seifert. (*Mereredi médical*, 10, p. 109.) — Calcul de l'amygdale, par Lecocq. (*Ann. mal. de l'or.*, octobre, p. 909.) — Affections malignes des amygdales, par Macintyre (*Journ. of laryng. rhin.*, août.) — Néoplasies de l'amygdale, deux obs. de papillome et sarcome, par Damieno. (*Arch. ital. di laring.*, XIII, 4.) — Sarcome primitif des amygdales, par Park. (*New York med. record*, p. 260, 26 août.) — Sarcome de l'amygdale, par Dunn. (*N. York med. journ.*, 19 août.)

Anatomie. — Compendium d'anatomie comparée, par Rawitz. (*Leipzig.*) — L'anatomie expérimentale, par Bonnier. (*Rev. scientif.*, 19 août.) — L'anatomie avant Vésale et depuis Vésale, par Roth. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 269 et 270, 1er avril.) — Les méthodes d'étude anatomique, par Macalister. (*Brit. med. j.*, 21 octobre.) — Manuel d'autopsies, par Virchow. (*Berlin.*)

Anémie. — Des affections spinales dans le cours de l'anémie pernicieuse, par Nonne. (*Arch. f. Psychiat.*, XXV, 2.) — Les injections hypodermiques de préparations ferrugineuses dans la chloro-anémie, par G. Dori, (*Riforma medica*, 29 juillet.) — Sur l'importance pratique des injecions d'eau salée dans l'anémie aiguë, par A. Ostermann. (*Therap. Monats.*, octobre.)

Anesthésie. — La découverte des propriétés anesthésiques de l'éther, par Grandy. (*Virginia med. Monthly.*, octobre.) — Anesthésie technique de la chloroformisation, par Contreras. (*Pan-Americ. med. Cong.*, septembre.) — Obs. sur la méthode à doses faibles et continues faites pen-

dant 1,000 anesthésies au chloroforme, par Bremer. (*Finska läkar. handlingar*, XXXVI, 10.) — Chloroforme ou éther, par Garré. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 12 juin.) — De l'influence du chloroforme sur la respiration et la circulation, par Hare et Thornton. (*Lancet*, 21 oct.) — Analyse des gaz du sang pendant l'anesthésie par le chloroforme, l'éther, etc., par Oliver et Garrett. (*Lancet*, 9 septembre.) — Les accidents de l'anesthésie, par Rowell. (*Guy's hosp. Rep.*, XXXIV, p. 433.) — Est-il prudent d'anesthésier les malades atteints d'insuffisance aortique, par Giffen. (*N. York med. j.*, 14 octobre.) — Sur le mécanisme de la syncope chloroformique initiale, par Laborde. (*Bull. acad. méd.*, 11 juillet.) — L'aspiration des ailes du nez dans la narcose chloroformique, par Lieven, (*Münch. med. Woch.*, 22, p. 411.) — Le bromure d'éthyle comme anesthésique général, par Hartmann et Bourbon. (*Rev. de chir.*, septembre.) — Anesthésie locale par le chlorure d'éthyle, par Gibson. (*N. York med. journ.*, 23 septembre.) — Les indications de la cocaïne, par Reclus. (*Semaine méd.*, 20 septembre.) — Sur l'emploi de la cocaïne pour l'anesthésie locale, solution mixte de cocaïne, strophantine, atropine et acide phénique, par Rhodes. (*North Americ. practitioner*, juillet.) — Action plus intense de la cocaïne quand on en répète l'administration à court intervalle, par V. Aducco. (*Giornale Accad. di med. Torino*, avril, p. 250.) — Les moyens de rendre inoffensive l'analgésie cocaïnique, par G. Gauthier. (*Rev. gén. de clin.*, 37, p. 587.) — De l'usage de la cocaïne pour produire l'anesthésie de la peau et des tissus sous-jacents, par Jackson. (*New York med. record*, p. 203, 12 août.) — De l'usage de la cocaïne en gynécologie, par Humiston. (*Journal americ. med. Ass.*, 2 septembre.)

Anévrisme. — Anévrisme pariétal du ventricule gauche, hypertrophie avec dilatation du cœur, péricardite ancienne adhésive localisée à la région de l'anévrisme, pas d'athérome de la crosse de l'aorte ni des coronaires, par Lévi. (*Bull. soc. anat., Paris*, 7 juillet.) — Anévrisme aortique fébrile pris pour une tuberculose du sommet gauche, par A. Wintermantel. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 juin.) — Anévrismes thoraciques, aorte et tronc brachio-céphalique, hemoptysies, hémorragie terminale, par Hampeln. (*Berl. klin. Woch.*, 3 octobre 1892.) — Contribution à l'étude des anévrismes de la crosse de l'aorte, par Sourris. (*Arch. de méd. milit.*, nov.) — Anévrisme de l'aorte ayant provoqué un rétrécissement de la trachée par Bret. (*Lyon méd.*, 10 septembre.) — Sur les ulcères produits par les anévrismes sur la trachée et les bronches, par P. Selter. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XXXIII, 1.) — Des secousses trachéales comme signes d'anévrisme de l'aorte, par Barié. (*Rev. gén. de clin.*, 27, p. 417.) — Anévrisme latent du tronc brachio-céphalique chez un syphilitique : embolie de l'artère sylvienne, hémiplégie par gomme du corps strié, ulcération de la trachée, mort par œdème de la glotte, par Hansemann, Ewald, Senator. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 190, 20 février.) — Anévrisme de l'aorte ascendante traité par la méthode de Baccelli, suppuration par les fils de suture ; mort au bout de 5 semaines. Autopsie, par Bourget. (*Revue méd. Suisse romande*, XIII, 145.) — Anévrisme de l'aorte, traitement de Valsalva, amélioration, rupture de la poche au dehors, par Bret. (*Lyon méd.*, 3 septembre.) — Contribution à l'étude clinique des anévrismes de l'aorte au point de vue de leur traitement par la méthode Guido Baccelli, par Saboia. (*Progrès médical*, 22 juillet.) — Anévrisme de la carotide primitive, par Bernheim. (*La clinique franç.*, octobre.) — Anévrisme spontané de l'artère humérale à évolution rapide, par artérite infectieuse aiguë à streptocoques, au cours d'une endocardite végétante, par Le Gendre et Beaussenat. (*Rev. de chir.*, novembre.) — Anévrisme artérioso-veineux

de l'artère et des veines radiales de l'avant-bras gauche, ablation de l'anévrisme, guérison, par Poncet. (*Gaz. des hôp.*, 7 septembre.) — Traitement des anévrismes des membres, par Makins et Abbott. (*St-Thomas's hosp. Rep.,* XXI, p. 213.) — Cure chirurgicale d'un grand anévrisme cirsoïde, par Kötschau. (*Deutsche med. Woch.*, 6, p. 125.

Angine. — Le diagnostic des angines, par Saint-Philippe. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 15 octobre.) — Angine aphteuse avec bacillus crassus sputigenus, par Bernabei. (*Bullettino Societa Lancisiana degli ospedali Roma*, 1892, p. 12.) — Angine phlegmoneuse prénéphritique récidivante à streptocoque, par Bernabei. (*Ibid.*, mars 1892, p. 29.) — Angines pseudodiphtéritiques, par Lebon. (*Gaz. des hôp.,* 23 septembre.) — Angine ou abcès péritonsillaire et tonsillite folliculaire aiguë, leur diagnostic différentiel et leur traitement, par Lefferts. (*Med. and surg. Rep.*, 8 juillet.) — L'angine de Ludwig, par Roux. (*Rev. gén. de clin.*, 26, p. 402.) — Sur un cas d'angine de poitrine anormale, par Lépine. (*Assoc. franç. Congrès de Besançon.*) — Traitement par l'eau de l'angine de poitrine, par Page. (*N. York med. j.*, 7 octobre.)

Angiome. — Angiome caverneux, par Peter. (*Soc. berl. de derm.*, 14 mars.) — Télangectiasie et vaste tumeur caverneuse des veines du menton et du cou chez un jeune enfant, par Peter. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 407, 24 avril.) — De l'angiokératome, par Joseph. (*Dermat. Zeit.*, I, 1.) — Angiokératome, par Zeisler. (*Americ. dermat. Assoc.*, 5 septembre.) — Sur l'angiokératome, par Audry. (*Mercredi médical*, 17, p. 197.)

Anthrax. — Traitement de l'anthrax par l'incision cruciale et par l'acide borique cristallisé en grande quantité, par Goilar. (*Roumanie médicale*, juin.)

Anthropologie. — La question de race en médecine, par Bordier. (*Dauphiné méd.*, septembre.)

Antisepsie. — L'acide carbonique à haute pression peut-il être considéré comme un antiseptique puissant, par Sabrazès et Bazin. (*Soc. de biol.*, 18 novembre.) — De la valeur antiseptique des vapeurs mercurielles, par Sabrazès et Rivière. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 juillet.)

Anus. — De la réunion immédiate après l'opération de la fistule anale, par Bazy. (*Union médicale,* 18 mai.) — Des fissures anales, par Tillaux. (*Union médicale*, 11 juillet.) — Un cas d'anus contre nature du cœcum siégeant à l'ombilic. Résection du cœcum. Guérison, par Lauwers. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 juin.) — De la colostomie iliaque, par Debaisieux. (*Ibid.*, 15 juillet.) — Obs. d'anus contre nature, traumatique, par Ostermeyer. (*Pester med. chir. Presse*, 8.)

Aorte. — De l'enregistrement des pulsations de l'aorte, par Boy-Teissier et Marcellin. (*Rev. de méd.*, septembre.) — Sur un bruit extra-cardiaque satellite de l'aortite chronique, par Renaut. (*Gaz. méd. Paris*, 26 août.)

Appareils. — Appareil portatif pour stériliser les instruments d'oculistique, par Andrews. (*N. York med. j.,* 11 novembre.) — Ophtalmomètre à main et rétinoscope combinés, par Claiborne. (*N. York med. journ.*, 30 septembre.) — Nouvelle lampe pour microphotographie, par Julius Heller. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 259, 13 mars. — Seringue à injection hypo-

dermiques aseptique, par Duflocq. (*Soc. de biol.*, 4 novembre.) — Suspensoire normal à traction antéro-postérieure, par Diday. (*Lyon méd.*, 3 septembre.) — Bandage pour la méthode de Thiersch de transplantation de la peau, par Mayer. (*N. York med. j.*, 11 novembre.) — Instrument pour mesurer la force des jambes, pedo-dynamomètre, par Krauss. (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.) — Appareil à extension et contre-extension pour la fracture de l'humérus, par F. Bonaïuti. (*Il Morgagni*, juillet.) — Appareil Hessing pour coxalgies et luxations congénitales de la hanche, par Wilhelm Schulthess. (*Corr.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 mai.) — Appareil pour la démonstration de l'influence entre la colonne vertébrale et le bassin, par Treub. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Un appareil pour la scoliose, par Schede. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 3.) — Nouveaux procédés et appareils pour déterminer et représenter les attitudes et mouvements des articulations de la hanche et de l'épaule, par Strasser. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 111, 1er février.) — Appareil (pendule) pour le traitement des contractures articulaires et des scolioses, par Krukenberg. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 juin.) — Appareil pour les contractures du coude, par Pernice. (*Cent. f. Chir.*, 18 novembre.) — Appareil plâtré pour le traitement ambulatoire des fractures des extrémités, par Dollinger. (*Ibid.*) — Appareil compresseur pour diminuer la fréquence des mictions chez un épispade opéré, par Krœnlein. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 146, 15 février.) — Appareil pour la stérilisation des sondes par l'acide sulfureux, par Forgue. (*Arch. de méd. milit.*, sept.) — Spéculum vaginal pour l'irrigation et le lavage, par Davis. (*N. Yord med. journ.*, 4 novembre.) — Une pince-sonde pour la fixation du vagin, par Orthmann. (*Cent. f. Gynaek.*, 11 novembre.) — Nouveau cathéter utérin, par Boryssowicz. (*Ibid.*, 7 octobre.) — Tables et fauteuils gynécologiques et obstétricaux, par Vincent. (*Arch. prov. de chir.*, II, 9.) — Porte-crayon intra-utérin, par Repelin. (*Lyon méd.*, 1er octobre.) — Nouveau pelvimètre, par Bullitt. (*Americ. j. of obst.*, octobre.) — L'appareil de Guelcher et son emploi en médecine, par Thorner. (*Deutsche med. Woch.*, 6, p. 127.)

Artère. — Traumatismes et anévrismes traumatiques de l'artère vertébrale, par Matas. (*Pan-Americ. med. Cong.*, septembre.) — Artério-sclérose et Brightisme, par Huchard. (*Rev. gén. de clin.*, 28, p. 433.) — De l'artério-sclérose latente et de ses rapports avec la polysarcie, les maladies du cœur, etc., par Basch. (*Wiener med. Presse*, 14 mai.)

Articulation. — Nature infectieuse de certaines arthrites déformantes, par Dor. (*Soc. de biol.*, 11 novembre.) — De la tumeur blanche de l'articulation sterno-claviculaire, par Foulladosa. (*Thèse de Paris*, 17 novembre.) — Les résultats terminaux de l'ostéite tuberculeuse du genou chez l'enfant, par Gibney. (*Americ. j. of med. sc.*, octobre.) — Étiologie des diverses difformités de la coxalgie, par Phelps. (*New York med. record*, p. 65, 15 juillet.) — Du traitement orthopédique des attitudes vicieuses permanentes de la coxalgie, par Sainton. (*Gaz. des hôp.*, 11 novembre.) — De la correction par manœuvres de force de difformités angulaires du genou ; exposé de plusieurs cas, par Goldthwait. (*Boston med. journal*, 7 septembre.) — Le traitement mécanique des ostéo-arthrites du genou, par Ling Taylor. (*Pan-Americ. med. Cong.*, 7 septembre.) — Des causes d'insuccès dans le traitement de la coxalgie, par Phelps. (*Ibid.*) — Appareils de traction par Ling Taylor. (*Ibid.*) — Recherches sur l'opération de l'ankylose du genou et des résections du genou par Helferich. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 3.) — Tumeur blanche et arthrectomie, par T llaux.

(*Rev. gén. de clin.*, 38, p. 593.) — Corps étrangers de l'articulation du genou, par Tillaux. (*Semaine méd.*, 30 août.)

Asphyxie. — Tractions rythmiques de la langue dans l'asphyxie par le charbon ; un cas d'asphyxie des nouveau-nés ressuscités par la méthode de Laborde, par Ashmead. (*Med. News*, 7 octobre.) — Mort apparente des nouveau-nés ; nécessité de pratiquer l'aspiration avant l'insufflation, par Codet. (*Thèse de Paris*, 23 novembre.) — Traitement de l'asphyxie des nouveau-nés, par Rosenthal. (*Therap. Monats.*, novembre.) — Asphyxie locale des membres inférieurs, par Dubois-Havenith. (*La policl. Bruxelles*, 1er août.)

Asthme.— De l'asthme nerveux, par Einthoven. (*Weckb. v. nederl. Tidjschr.*, 7 octobre.) — Des rapports entre l'asthme et le psoriasis, par Hölscher. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVII, 9.) — L'asthme essentiel, par Potain. (*Union médicale*, 12 octobre.) — Un cas d'asthme pneumo-bulbaire, par Max Salomon. (*Deutsche med. Woch.*, 22, p. 522.) — Traitement local et général de l'asthme des foins, par Delavan. (*Pan-Americ. med. Cong.*, septembre.)

Athétose. — Athétose, par Mc Gillicudy. (*N. York med. j.*, 7 octobre.)

Autoplastie. — De l'obtention de lambeaux doublés pris à distance du lieu de l'autoplastie, par Karl Lauenstein. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 507, 22 mai.)

Avortement. — Traitement de l'avortement habituel par le chlorate de potasse, par Pratt. (*Lancet*, 28 octobre.)

B

Bactériologie. — Les progrès de la bactériologie dans ces dernières années, par Heitzmann. (*N. Yorker med. Monats.*, 9.)—De l'emploi de la formaline pour la conservation des cultures de bactéries, par Hauser. (*Münch. med. Woch.*, 30 et 35.)—Des poisons et contre-poisons bactériens, par Buchner. (*Ibid.*, 24 et 25, p. 449 à 480.) — Des mouvements qu'exécutent les micro-organismes dans les courants liquides, par A. Roth. (*Deutsche med. Woch.*, 15, p. 351.) — Agents atmosphériques et microbes, le génie épidémique autrefois et aujourd'hui, par Charrin. (*Semaine méd.*, 13 sept.) — Analyse bactériologique de l'air des hauteurs puisé pendant un voyage en ballon, par Cristiani. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 9.)—Recherche des streptocoques dans l'air atmosphérique, par Chatin. (*Thèse de Lyon.*) — Bactériologie et hygiène rurale, par Howlett. (*Med. and surg. reporter*, 1, p. 7.) — Communication du laboratoire bactériologique de l'Office sanitaire d'Empire (1° Préparation des bouillons nourriciers ; 2° procédé pour les cultures anaérobies dans les liquides ; 3° flacon pour stériliser et pour prélever les liquides à l'abri des germes), par R. Petri et A. Maassen. (*Arbeiten aus d. k. Gesund.*, VIII, et *Hyg. Rundsch.*, III, 191.) — Contribution à l'étude des processus biochimiques des bactéries, spécialement en ce qui concerne

le diagnostic des divers microorganismes analogues, par A. ZINNO. (*Riforma medica,* 21 septembre.) — Un cas de microbisme latent, par Ch. PATRU. (*Revue médic. Suisse romande,* XIII, p. 142, février.) — Flore cryptogamique de la bouche et des crachats, par VICENTINI. (*Soc. de biol.,* 21 oct.) — De l'action des produits de sécrétion du bacterium coli sur le développement du bacille du choléra et de ceux du bacille du choléra sur le développement du bacterium coli, par E. CACAU. (*Riforma medica,* 25 août.) — Formes morbides du bacterium coli, par MIRCOLI. (*Milan.*) — Etude comparée des streptocoques, par PASQUALE. (*Giorn. med. d. esercito,* 5.) — Sur le diagnostic différentiel du streptocoque de l'érysipèle et du streptocoque pyogène, par N. PANE. (*Giornale Assoc. napoletana di med.,* p. 31.) — Recherches sur le micrococcus tetragenus septicus, par BOUTRON. (*Thèse de Paris,* 30 nov.) — Le ferment coagulant du bacille prodigiosus, par GORINI. (*Rivista d'igiene,* 15, p. 549.) — Du bacille pseudodiphtérique et des caractères qui le différencient du bacille de Lœffler, par Theodor ESCHERICH. (*Berlin. klin. Wochens.,* 22 mai.) — Le bacille pyocyanique de la péricardite, par ERNST. (*Americ. j. of med. sc.,* oct.) — De l'emploi du vibrio Metschnikowi pour la destruction des spermophiles, par PALMIRSKY. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg,* II, 3.)

Bain. — Action et indications de la température en hydrothérapie, par COUETTE. (*Lyon méd.,* 26 nov.) — Des plages bretonnes, par ERAUD. (*Lyon méd.,* 29 oct.) — Deux cas d'astasie et d'abasie guéries par les bains d'Œynhausen, par L. LEHMANN. (*Deutsche med. Woch.,* 21, p. 502.) — Succès de la balnéation dans les affections féminines, par DÜHRSSEN. (*Berlin. klin. Wochens.,* p. 367, 10 avril.)

Bassin. — Du développement du bassin et de ses variations, par KONIKOW. (*Arch. f. Gynaek.,* XLV, 1.) — Comparaison des bassins européens et mexicains, conséquences pratiques, par GUTIERREZ. (*Pan americ. med. Cong.,* sept.) — Coordination des muscles fermant l'urètre, le vagin, le rectum, application au diagnostic et au traitement des lésions du plancher pelvien, par ABBOTT. (*Americ. j. of obst.,* nov.) — Etude des tumeurs sanguines du bassin, par REGNIER. (*Cent. f. Gynaek.,* 16 sept.) — Des abcès pelviens, par CULLINGWORTH. (*Brit. med. j.,* 4 nov.) — Etat de nos connaissances sur la pathologie des suppurations pelviennes et leur traitement, par MAURY. (*Pan americ. med. Cong.,* sept.) — L'état actuel de la chirurgie pelvienne, par Mc MURTRY. (*Americ. j. of obst.,* oct.) — De l'indication de l'intervention dans les affections des organes pelviens, par SCHOOLER. (*Journal americ. med. Ass.,* 2 sept.) — Du prolapsus des organes pelviens, par NEWMAN. (*Ibid.,* 2 sept.) — De la trépanation du bassin, étude de son manuel opératoire et de ses indications dans les abcès de la fosse iliaque et de la psoïte, par CONDAMIN. (*Arch. prov. de chir.,* II, 9.) — Traitement des abcès pelviens, par ROUFFART. (*Ann. Soc. belge chir.,* 15 juin.) — Etude de la spondylolysthésis, par NEUGEBAUER. (*Zeit. f. Geburts.,* XXVII, 2.)

Bec-de-lièvre. — Quelques points du traitement du bec-de-lièvre, par THOMAS. (*Birmingham med. Review,* sept.) — Avancement du maxillaire supérieur dans le traitement du bec-de-lièvre, par WYETH. (*New York med. Record,* p. 769, 24 juin.)

Biliaire. — Hydropisie de la vésicule biliaire, par RENDU. (*Ann. de méd.,* 22 nov.) — Sur l'origine microbienne de la lithiase biliaire. (*Gaz. hebd. Paris,* 28, p. 325.) — A propos des infections biliaires, par BARBIER. (*Rev.*

gén. de clin., 32, p. 497.) — Abcès sous-diaphragmatique par destruction des canaux biliaires, par G. BIGGS. (*New York med. Record*, p. 91, 15 juillet.) — De l'antisepsie des voies biliaires dans le traitement de la colique hépatique et de la lithiase biliaire, par CASSAET et CORNET. (*Arch. clin. Bordeaux*, septembre.) — Nouveau procédé pour la fistule biliaire, par C. LAZZARO. (*Archives italiennes de biologie*, XIX, p. 121, et *Archivio di farmacologia e terapeutica*, I, 15 février.) — Chirurgie de la vésicule biliaire, par RICHARDSON. (*Annals of surg.*, oct.) — Deux cas de chirurgie des voies biliaires, par LAVISÉ. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 août.) — Chirurgie de la vésicule biliaire, des canaux cystique et cholédoque, avec la relation de sept interventions, par MAYO. (*Journal americ. med. Ass.*, 26 août.) — Rétention biliaire. Cholécystotomie, par AUNIS et CHAVANNAZ. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 juin.) — Gastro-cholécystotomie; anastomose intestinale bout à bout; union de la vésicule biliaire au tube digestif, par RICKETTS. (*Journal americ. med. Ass.*, 26 août.) — Cholécystotomie pour obstruction du canal cystique, par BROWN. (*Med. News*, 4 nov.) — Cholédochotomie pour calcul, par KOERTE. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 531, 29 mai.) — Cholécystectomie, par HELFERICH. (*Deut. med. Woch.*, 45, 1892.)

Biologie. — L'origine de la biologie et ses rapports avec les autres branches des sciences naturelles, par BURDON SANDERSON. (*Brit. med. j.*, 16 sept.)

Blennorragie. — De la blennorragie, par LEUDESDORF. (*Deutsche med. Woch.*, 22, p. 531.) — Quelques remarques à propos du gonocoque, par BAYET et VERHOOGEN. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 septembre.) — Contribution à l'étude de la question : avec quelle rapidité le gonococcus de Neisser peut-il traverser l'épithélium de l'urètre? par CRIPPA. (*Wiener med. Presse*, 27 août.) — Blennorragie et tuberculose, par BRETON. (*Gaz. des hôp.*, 26 sept.) — De la blennorragie chez la femme, par HERZFELD. (*Wiener klin. Woch.*, 1.) — Idem, par DIRNER. (*Gyogyaszat*, 47, 1892.) — Etiologie, diagnostic et traitement de la blennorragie chez la femme, par BRÖSE. (*Deutsche med. Woch.*, 16, p. 372.) — Manifestations rénales de l'infection blennorragique, par BALZER et JACQUINET. (*Semaine méd.*, 30 août.) — Hygroma prérotulien suraigu d'origine blennorragique, par DUPLAY. (*Union médicale*, 26 août.) — Synovite blennorragique due au gonocoque, par TOLLEMER et MACAIGNE. (*Soc. anat. Paris*, 21 juillet, et *Rev. de méd.*, nov.) — Péritonite aiguë généralisée d'origine blennorragique, par CHALLAN DE BELVAL. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, p. 456.) — Abcès de la glande gauche de Méry survenue pendant le cours d'une blennorragie aiguë, par DUBUC. (*France médicale*, 12, p. 177.) — Pronostic de la blennorrée chronique, par KOPP. (65[e] *réun. des natur. allem. Nuremberg*, 11 sept.) — Technique instrumentale pour le traitement de la blennorragie, par KOLLMANN. (*Ibid.*) — Cellules éosinophiles dans le pus de la blennorrée, par EPSTEIN. (*Ibid.*) — Kava-kava contre la blennorragie, par BACON. (*Americ. therap.*, 12, p. 304.) — Note sur deux cas de blennorragie aiguë guérie par le traitement abortif au moyen du permanganate de potasse, par SOREL. (*Normandie méd.*, 1[er] septembre.) — Traitement abortif de la blennorragie par l'essence de cannelle, par DA COSTA. (*Med. News*, 21 oct.) — Traitement de l'urétrite blennorragique de la femme, par ROLLET. (*Progrès médical*, 20 mai.)

Bouche. — Traité des maladies de la bouche (pathologie interne), suivi d'un précis d'hygiène de cette cavité, par MAUREL. (In-8° 400 p., *Paris*.) — Ulcère gangréneux (chancre) de la bouche, par ELDER. Idem, par FLEMING. (*Edinb. med. j.*, sept.) — Stomatite ulcéreuse, par EYSSAUTIER. (*Dauphiné*

méd., août.) — Stomatite aphteuse produite par le pneumobacille de Friedländer, par Bernabei. (*Bollettino della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma,* 1892, p. 11.) — Sur les stomatites infectieuses ulcéreuses et les propriétés fébrigènes des produits du staphylococcus pyogenes aureus, par Bernabei. (*Ibid.,* avril 1892, p. 50.)

Branchie. — Des fistules branchiales, par Buscarlet. (*Rev. méd. Suisse romande,* XIII, 5 et 6.) — Fibro-chondrome branchial, par Hue. (*Normandie méd.*, 1er juillet.)

Bronche. — Un cas de bronchite chez un bossu, par Destarac. (*Midi méd.*, 20 août.) — Un cas de bronchite pseudo-membraneuse, par Rohr. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 déc. 1892.) — Recherches sur les bronches dans certaines formes d'infection hémorragique; duodénite hémorragique, par Babes. (*Roumanie médicale*, avril.) — Dilatation des bronches chez un jeune homme de 27 ans. Mort par abcès du cerveau. Artériosclérose généralisée, par Hanot. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 mai.) — Moules métalliques des ramifications bronchiques, par Bannwart. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 juin.) — Traitement de la bronchiectasie, par Grainger Stewart. (*Brit. med. j.*, 3 juin.)

Brûlure. — Brûlure étendue, hématémèse, mort, par Swain. (*Lancet*, 4 nov.) — Albuminurie et glycosurie suite de brûlure grave, par Hartley. (*Med. News*, 2 sept.)

C

Cancer. — Recherches sur le cancer, par Adamkiewicz. (*Vienne, Leipsig.*) — Quelques effets de l'irritation chronique sur les tissus vivants, premier pas dans l'étude rationnelle du cancer, par d'Arcy Power. (*Brit. med. j.*, 14 octobre.) — Des cellules incluses dans le cancer, par Cattle. (*Ibid.*, 14 octobre.) — Recherches récentes sur les protozoaires et la maladie, par Ruffer. (*Ibid.*, 14 octobre.) — Les soi-disant protozoaires du cancer de la mamelle, par Snow. (*Lancet*, 11 novembre.) — Nouvelles recherches sur les protozoaires parasitiques trouvés dans les tumeurs cancéreuses, par Ruffer et Plimmer. (*Journ. of path. and bact.,* II, 1.) — Des soi-disant protozaires du cancer, par Steven et Brown (*Ibid.*) — Sur les prétendus parasites du cancer, par G. Massari et E. Ferroni. (*Riforma medica*, 6 juillet.) — Sur les parasites du cancer, par P. Foa. (*Ibid.*, 28 juillet.) — Sur les parasites du carcinome, par G. Banti. (*Ibid.*, 7 août.) — De certaines grégarines et de leur connexion possible avec certains tissus modifiés, par Cattle et Millar. (*Lancet*, 18 novembre.) — Etude des leucocytes dans les tumeurs malignes, par V. Reinbach. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 3.) — Des carcinomes primaires multiples, par Felix Mercanton (*Revue médicale Suisse romande*, XIII, 173 et 229.) — De la dégénérescence hyaline des cancers épithéliaux, par Unna (*Dermat. Zeit.*, I, 1.) — Six cas de cancer dans une famille normande, par Cotoni. (*Normandie méd.*, 1er octobre.) — Quelques points importants dans la pathologie et le traitement des cancers, par Snow. (*Americ. j. of med. sc.*, septembre.) — Traitement de l'épithélioma et des cancroïdes de la face par les appli-

cations locales d'acide lactique, par North. (*New York state med. assoc.*, 9 octobre.) — Cancer rongeant, son traitement par l'électricité, par Inglis Parsons. (*Lancet,* 11 novembre.)

Cartilage. — Sur le cartilage céphalique du poulpe vulgaire, par Pilliet. (*Bull. soc. anat. Paris*, juin, 449.) — Enchondrome malin du pied et de la jambe, par Israel. (*Berl. klin. Woch.*, 8 mai.)

Cellule. — De la spécificité de l'albumine et de l'anaplasie des cellules, par Hansemann. (*Berlin.*) — Observations sur le travail d'Unna concernant les cellules plasmatiques, par Jadassohn. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 222, 27 fév.) — Réponse, par P.-G. Unna. (*Ibid.*) — Dernières observations sur le même sujet, par Jadassohn. (*Ibid.*, 13 mars.) — De la phagocytose, par Ernst. (*Boston med. journal,* 27 juillet.)

Cerveau. — De la façon de pratiquer les coupes du cerveau, par Siemerling et par Edinger. (*Berlin. klin. Wochens.,* 26 juin.) — L appareil nerveux visuel et ses rapports avec la pathologie cérébrale, par Vialet. (*Semaine méd.*, 28 oct.) — Localisation des centres de la vessie, du rectum et de l'érection, par Sarbo. (*Arch. f. Psych.*, XXV, 2.) — Observations cliniques sur la fonction du lobe temporo-sphénoïdal droit, par Herdman. (*Journ. of nerv. dis.*, septembre.) — Influence de la position debout sur le développement du corps et particulièrement du cerveau, par Munro. (*Brit. med. j.*, 16 septembre.) — Rôle de l'écorce cérébrale à propos du chien auquel Goltz a enlevé tout le cerveau antérieur, par L. Edinger. (*Berlin. klin. Woch,* 532, 29 mai.) — Une méthode de détermination des localisations cérébrales, par Fuller. (*J. americ. med. Ass.*, 30 sept).— Contribution à l'étude comparée de l'écorce cérébrale, par A. Marracino. (*Giornale ass. napoletana di med.*, p. 1.) — La localisation de l'aphasie, par Preston. (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.) — Des troubles de l'orientation, par P. Stoewer. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13, p. 293.) — Polyurie, diabète insipide, dans les maladies de la base du cerveau, par Handford. (*Brain*, n° 63). — Anémie cérébrale et lésions des sinus, par Halley. (*Jour. Americ. med. Ass.*, 15 juil.) — Hémorragies de la cérébrale postérieure, par Petrucci. (*Bull. soc. de méd. d'Angers*, p. 50.) — Un cas de paralysie alterne consécutive à un foyer de ramollissement du pédoncule cérébral, par Stircescu et Babes. (*Roumanie médicale*, avril.) — Un cas de lésion secondaire du thalamus opticus et de la région sous-thalamique, par Mahaim. (*Arch. f. Psych.*, XXV, 2.) — Paralysie localisée à la jambe gauche, ramollissement au niveau du lobule paracentral et du pied de la première frontale transverse, par Reymond et Weil. (*Bull. soc. anat. Paris*, 7 juillet.) — Un cas d'hémianopsie corticale par lésion circonscrite du cerveau, par Vialet. (*Ass. franç. Cong. de Besançon.*) — Note sur une observation de localisation corticale motrice (ramollissement) avec autopsie, par P. Ladame. (*Revue méd. Suisse romande*, VIII, 212.) — Hémorragie arachnoïdienne traumatique, symptômes du même côté que la lésion, par Moullin. (*London clin. soc.*, 10 novembre.) — Les affections pyogènes infectieuses du cerveau et de la moelle, méningite, abcès du cerveau, thrombose infectieuse des sinus, par Macewen. (in-8°, *Glasgow.*) — Observation de phlébite du sinus latéral gauche de la dure-mère, par Tardif. (*Bull. soc. de méd. d'Angers*, p. 34.) — Les parencéphalies, par Bourges. (*Gaz. hebd. Paris*, 30, p. 350.) — Sur un cas de sarcome primitif du cerveau, par Laveran. (*Soc. méd. des hôp.*, 26 mai.) — Des tumeurs du cerveau, un cas de gliome neuro-formatif, par Raymond. (*Arch. de neurol.*, octobre.) — Enorme tumeur cérébrale, par Conroy. (*N. York med. j.,* 4 novembre.)

— Tumeur calcaire intra-cérébrale, par Villecourt. (*Soc. anat. Paris*, juillet, p. 481.) — Nouvelle communication sur le complexus symptomatique vaso-moteur, à la suite de la commotion cérébrale, par Friedmann. (*Münch med. Woch.*, 20, 21 et 22, pp. 377, 395 et 411.) — Chirurgie du cerveau, par Harr. (*Londres.*) — Quelques cas de chirurgie du cerveau, par Lamphear. (*Journal americ. med. ass.*, 29 juillet.) — Chirurgie du cerveau, rapport de 9 cas, par Schaefer, (*Ibid.*, 29 juillet.) — 4 cas de chirurgie cérébrale, par Mc Cosh. (*Pan americ. med. cong.*, septembre.) — Traitement de l'hydrocéphalie chronique par le drainage, par Parkin. (*Lancet*, 18 novembre.) — Les résultats des ponctions répétées dans l'hydrocéphalie, par Hern. (*Brit. med. j.*, 11 novembre.) — Ponction des ventricules latéraux, par Frank. (*Pan americ. med. cong.*, septembre.) — La trépanation dans les cas de ramollissement cérébral circonscrit, par Lamphear. (*Univ. med. mag.*, juillet.) — Cécité progressive par tumeur cérébrale (cysticerque) guérie par trépanation temporaire du crâne, par Hahn. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 506, 22 mai.) — Hémorragie traumatique dans l'hémisphère cérébral droit (coup de hache) ; large résection cranienne guérison, par Giffen. (*Med. News*, 14 octobre.) — Sarcome de la pie-mère et du cerveau ; mono-spasme, mono-parésie, opération, mort le 3e jour, par Eskridge. (*Journal americ. med. ass.*, 30 septembre.)

Cervelet. — L'écorce cérébelleuse, études d'histologie et morphologie comparées, par Falcone. (in-4°, 215 p., *Naples.*) — Sur une particularité de structure de l'écorce du cervelet, par F. Capobianco. (*Riforma medica*, 17 août.) — Des fonctions du cervelet, par Russell. (*Brit. med. j.*, 23 septembre.) — De la signification de la névrite optique, de la surdité, de la cécité et des réflexes dans les maladies du cervelet, par Dercum. (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.) — Sur une lésion systématisée du cervelet et de ses dépendances bulbo-protubérantielles, par Royet et Collet. (*Arch. de neurol.*, novembre.) — Sur l'hérédo-ataxie cérébelleuse, par Marie. (*Semaine méd.*, 27 septembre.) — Un cas d'abcès du cervelet; par Kenefick. (*Boston med. journal*, 10 août.)

Césarienne. — De l'opération césarienne comparée aux incisions du col et à sa dilatation mécanique, par Dührssen. (*Berlin. klin. Wochens.*, 3 et 10 juillet.) — Remarques sur le travail de Dührssen, par Otto von Herff, (*Ibid.*, 14 août.) — Réplique à von Herff, par Dührssen. (*Ibid.*, p. 793.) — Opération césarienne, issue heureuse pour la mère et l'enfant, par Schneider. (*Cent. f. Gynæk.*, 18 novembre.) — Opération de Porro, mère et enfant vivants, par I. Ikeda. (*Ibid.*) — De l'indication de l'opération de Porro dans les rétrécissements étroits et dans les fistules des organes génitaux, par Courant. (*Ibid.*, 28 octobre.) — Un cas heureux d'opération césarienne, par Mitchell. (*Journal americ. med. ass.*, 2 septembre.) — Opération de Porro, par Carstens. (*Ibid.*, 16 septembre.)

Champignon. — Etude d'un champignon pyogène parasite de l'homme, par Grasset. (*Arch. de méd. exp.*, V, 5.)

Charbon. — Deux cas d'infection par le charbon, par Gregoriew. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 avril.) — Sur les variations de la glycogénie dans l'infection charbonneuse, par Roger. (*Acad. des sc.*, 9 octobre.) — Du charbon chez les ouvriers de l'industrie des poils à Nuremberg, par Goldschmidt. (65e *réunion des natur. allem.*, *Nuremberg*, 11 septembre.) — *Idem*, par Merkel. (*Ibid.*)

Chimie. — L'importance de la chimie physiologique dans l'éducation médi-

cale, par CHITTENDEN. (*N. York med. journ.*, 30 septembre.) — Traité de chimie médicale et pharmaceutique, par HUGUET. (In-8° 1014 p., *Paris*, 1894.) — Manuel d'analyse chimique, physiologique et pathologique, par F. HOPPE-SEYLER et H. THIERFELDER. (*Berlin.*) — Chimie minérale des corps organisés, par GAUBE. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.)

Chirurgie. — Traité de chirurgie générale, par FRANK. (302 p., *Stuttgard.*) — Historique du développement de l'enseignement chirurgical en Prusse, par ERNST VON BERGMANN. (*Berl. klin. Woch.*, 20 et 27 février.) — Les voyages en mer pour les opérés convalescents, par HUDSON. (*Lancet*, 21 octobre.)

Chlorome. — Monographie du chloroma, par LANG. (*Arch. gén. de méd.*, novembre.)

Chlorose. — Causes de la chlorose, par LLOYD JONES. (*Brit. med. j.*, 23 septembre. — De la cause de l'action thérapeutique de la saignée dans la chlorose, par RUBINSTEIN. (*Wiener med. Presse*, 20 août.)

Choléra. — Etat présent du diagnostic bactériologique du choléra, par R. KOCH. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 juin.) — Valeur de l'examen des bactéries du choléra, par OSCAR LIEBREICH. (*Ibid.*, 10 et 24 juillet.) — La valeur diagnostique du bacille virgule dans le choléra, par BARBIER. (*Rev. gén. de clin.*, 28, p. 436.) — Les vibrions des eaux et l'étiologie du choléra, par SANARELLI. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 10.) — Le travail de KOCH sur le diagnostic bactériologique actuel du choléra, par GÜNTHER. (*Deutsche med. Woch.*, 22, p. 523.) — Morphologie du vibrion du choléra, par PODWYSSOZKI. (*Cent. f. allg. Path.*, 17, p. 673.) — Sur le bacille du choléra, par HAFNER. (*Wiener med. Presse*, 16 août.) — De la toxicité du spirille cholérigène, par INGHILLERI et ROLONDO. (*Rivista d'igiene*, 16, p. 617.) — Nouvelles recherches expérimentales sur le choléra, par VINCENZI. (*Arch. per le sc. med.*, XVII, 2.) — L'infection cholérique intrapéritonéale des cobayes, par M. GRUBER et E. WIENER. (*Arch. f. Hyg.*, XV, et *Hyg. Rundsch.*, III, 111.) — Bactériologie du choléra nostras, par MC WEENEY. (*Brit. med. j.*, 16 septembre.) — Choléra nostras et contagion, par GIRAUDEAU. (*Gaz. hebd. Paris*, 25 novembre.) — L'étiologie du choléra, par DORNBLUETH. (*Deutsche med. Woch.*, 19, 458.) — De l'immunité contre le choléra, par KANTACK et WESBROOK. (*Brit. med. j.*, 9 septembre.) — Mémoire de la chancellerie allemande aux membres du Reichstag sur l'épidémie de choléra de 1892. (*Deutsche Viert. f. oeff. Ges.*, XV, p. 308). — Le berceau du choléra, par HART. (*Rev. scientif.*, 7 octobre.) — Epidémie de choléra à l'asile des aliénés de Bonneval, par P. BROUARDEL et THOINOT. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIX, 209.) — Le choléra à la Mecque et les quarantaines en Egypte, par MACKIE. (*Lancet*, 28 octobre.) — Le choléra de 1892 en Bretagne, par L. THOINOT et POMPIDOR. (*Ann. d'hyg., publ.* 3e série, XXIX, p. 480.) — Rapport sur le choléra, par HAPPE. (65e *réun. des natur. allem. Nuremberg*, 12 septembre.) — Sur l'épidémie de choléra qui a sévi en Perse en 1892, par ARSÈNE EFFENDI. (*Progrès médical*, 14 octobre.) — Les postes sanitaires de la frontière pendant l'épidémie cholérique de 1892, par MARTIN DURR. (*Progrès médical*, 8 juillet.) — Le choléra, par DAURIAC. (*Ibid.*, 9 septembre.) — Les symptômes du choléra sont la suite d'une excitation et d'une paralysie des nerfs intestinaux, par IDE. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 554, 5 juin.) — Choléra et alcoolisme, par GALLIARD. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Les réflexes pupillaire et rotulien envisagés au point de vue du pronostic dans le choléra, par GALLIARD. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 juin.) — Septicémie consécutive au choléra, étude sur le

bacillus septicus putridus, par H. Roger. (*Rev. de méd.*, octob.) — L'état de la rate dans le choléra, par B. Stiller. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 181, 20 février.) — Du rein cholérique, par Leyden. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 17, 13 fév.) — Sur un cas de gangrène externe consécutive au choléra par Martin Durr. (*Progrès médical*, 1er juil.) — Les mesures défensives anglaises contre le choléra, par Kursteiner. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 329, 1er mai.)— Texte de la convention internationale de Dresde relative à la prophylaxie du choléra. (*Ann. d'hyg. publ.*, 3e série, XXIX, p. 429.) — Installations et améliorations hygiéniques en Bavière, pour combattre le choléra de 1892, par Max Braun. (*Münch. med. Woch.*, 33, p. 622.) — Prophylaxie du choléra en Roumanie, par Babès. (*Bull. Acad. méd.* et *Bull. méd.*, 2 août.) — Circulaires et arrêtés ministériels relatifs aux questions de prophylaxie du choléra, chemins de fer, etc. (*Deut. Viertelj. f. œff. Gesund.*, XXV, p. 329 à 346.) — Nos moyens de défense contre le choléra, par Dornblueth. (*Ibid.,*) — Mesures prises par la commission du Sénat de Hambourg en vue de l'éventualité d'une nouvelle épidémie de choléra. (*Deuts. Viert. f. œff. Ges.,* XXV, 313.) — Nature et traitement du choléra, par Rogers. (*Journal americ. med. ass.*, 30 septembre.) — Traitement du choléra, par Simon. (*Lancet*, 16 septembre.) — Du traitement du choléra, par Bonne. (*Deut. med. Woch.*, 19 octobre.) — Du traitement des formes graves du choléra, en particulier par la saignée suivie de transfusion, par Bosc. (*Semaine méd.*, 27 septembre.) — Relation de 18 cas de choléra traités à l'hôpital Beaujon en août et septembre 1892, par Josias. (*Médecine moderne,* 19 juillet.) — De l'emploi du salol dans la diarrhée cholérique, par Wolkowitsch. (*Therap. Monats.*, septembre.) — Sur le traitement du choléra par le cuivre, par Moricourt. (*Gaz. des hôp.*, 14 novembre.)

Chorée. — La nature infectieuse de la chorée, par Gillet. (*Rev. gén. de clin.* 37, p. 380.) — Chorée chronique infantile et athétose double, par Brissaud et Hallion. (*Progrès médical*, 1er juillet.) — Un cas de néphrite dans la chorée, par Thomas. (*Deut. med. Woch.*, 29, 1892.) — Du traitement de la chorée par Pick. (*Blätter f. klin. Hydroth.*, 4.) — Chorée rhumatismale, guérison en 30 jours par les injections de cérébrine, par Montagnon. (*Lyon méd.*, 17 septembre.) — Action de la nitroglycérine dans la chorée, par Sharples (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.)

Choroïde. — Décollement de la choroïde, par Mules. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XIII, p. 65.) — Colobome de la choroïde et du nerf optique, par Bagneris. (*Ann. d'ocul.*, août.)

Chylémie. — Des altérations de l'organisme dans la chylémie, par E. Cavazzani. (*Arch. ital. di clin. med.,* XXXII, 3.)

Circulation. — La physiologie de la circulation, par Tigerstedt. (In-8°, 568 p., *Leipzig*.) — Sphygmographie, par Trautwein. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 532, 29 mai.) — Contribution à l'étude de l'arythmie des pulsations, par Funke. (*Zeitschrift für Heilkunde*, 2, p. 141.) — Une observation de pouls lent permanent, par Meugy. (*France méd.*, 15, p. 227.) — Effets des variations de pression atmosphérique sur le pouls, par von Liebig. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 367, 10 avril.) — Le sphygmographe comme instrument de précision, par Leonhart. (*N. York med. journ.*, 26 août.)

Climat. — L'influence du climat sur l'habitude de respirer, par Wallian.

(*Med. News*, 11 novembre.) — Arcachon, son climat, ses indications thérapeutiques, par Dechamp. (In-18, *Paris*.) — Clavadel (Grisons) comme station climatérique d'hiver, par H. Staub. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 123, 1er février.) — Le climat d'altitude, ses facteurs, son action sur l'homme, par E. de La Harpe. (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, 86.) — Physiologie de l'habitant des tropiques, par V. Lehmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 518, 29 mai.) — Le climat de la Belgique en 1892, par A. Lancaster. (*Mouv. hygiéniq.*, IX, 123.) — Climatologie d'Egypte, Grant Bey. (*Pan Americ med. cong.*, septembre.) — Le climat de la Jamaïque, par Philipps. (*Ibid.*) — Nouvelle contribution à l'étude de la climatothérapie des côtes de France (avantages climatériques du littoral de la Bretagne), par G. Bardet. (*Bulletin génér. de thérapeutique*, 15 janvier.)

Cœur. — Rapports des fonctions et de la structure du cœur, par Kent. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XXI, p. 149.) — Les mouvements du cœur, par Ernest Romberg. (*Berlin. klin. Wochens.*, 20 et 27 mars.) — Sur les mouvements de la surface du cœur, par Potain. (*Acad. des sc.*, 23 oct.) — La courbe cardio-volumétrique dans les changements de position, par E. Cavazzani. (*Giornale Accad. di med. Torino*, avril, p. 281.) — Sur un cas de remarquables anomalies cardiaques (ouverture du trou ovale, absence des valvules d'Eustachi et de Tebesius, cloison interventriculaire incomplète, orifice ventriculaire unique, aorte communiquant avec les deux ventricules); tératogénèse et considérations médico-légales sur la viabilité, par G. Corrado. (*Giornale dell' Associazione napoletana di med.*, 2, p. 130.) — Un cas de transposition de l'aorte et de l'artère pulmonaire, sans transposition du cœur, par Mirinescu. (*Roumanie médicale*, avril.) — Signification du bruit de galop dans les maladies du cœur, par Handford. (*Sheffield med. j.*, octobre.) — Le bruit de galop du cœur gauche et le bruit de trot, par Huchard. (*Rev. gén. de Clin.*, 37, p. 577.) — Le bruit de galop, par Barié. (*Semaine méd.*, 21 octobre.) — Le bruit de galop du cœur droit, par Barié. (*Rev. gén. de Clin.*, 33, p. 513.) — Du bruit de galop, revue générale, par Lyonnet. (*Lyon.*) — La tachycardie paroxystique, par Trechsel. (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, 119.) — Un cas d'endocardite végétante à pneumocoques, par Durante. (*Gaz. méd. Paris*, 8 juillet.) — Un cas d'endocardite infectieuse apyrétique, par G. Sarda et Bothezat. (*N. Montp. méd.*, 26, p. 511.) — Myocardite chronique, par Bastianelli. (*Bullettino Societa Lancisiana Roma*, avril, p. 70.) — Sur l'étiologie de la fragmentation du myocarde, par O. Israel. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXIII, 3.) — Deux cas d'hydrothorax droit unilatéral chez des sujets atteints de cardiopathies, par Tusa Salvatore. (*Riforma medica*, 20 septembre.) — Sur l'insuffisance fonctionnelle des valvules du cœur gauche, par Dombrowski. (*Rev. de méd.*, septembre.) — De la sclérose de la valvule mitrale, par C. Paul. (*Médecine moderne*, 2 août.) — De la dégénérescence fibroïde du cœur, par Lindsay Steven. (*Brit. med. j.* 23 décembre.) — Atrophie du ventricule gauche, suite de sténose de l'artère coronaire, par Gibson et Muir. (*Brit. med. j.*, 23 septembre.) — Rétrécissement de l'artère pulmonaire, tuberculose, par Pic. (*Lyon méd.*, 24 septembre.) — Pouls veineux et hépatique, contractions arythmiques du cœur, par Mackenzie. (*Journ. of path. and bact.*, II, 1.) — L'insuffisance tricuspidienne, par Potain. (*Rev. gén. de Clin.*, 24, p. 369.) — Les ruptures valvulaires du cœur, par Barié. (*Rev. gén. de Clin.*, 30, p. 464.) — Paracentèse du péricarde à travers le cinquième espace intercostal droit, par Wilson, (*New York med. record*, p. 653, 27 mai.) — Sur le diagnostic des néoplasmes primaires du cœur. Myxome de l'oreillette gauche, par Léo Berthen-

son. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXII, 3.) — Traitement des maladies valvulaires chroniques du cœur, par James Tyson. (*Therapeutic Gazette*, 15 avril.) — Traitement des affections valvulaires, par V. Cervello. (*Arch. di farmac. e terapeutica*, 4, p. 97.) — Thérapeutique des troubles fonctionnels du cœur, des endocardites et de la péricardite, par Constantin Paul. (*Tribune médicale*, 29 juin, 27 juillet et 17 août.) — Traitement des hydropisies cardiaques avancées par la théobromine, par G. Sée. (*Bull. Acad. méd.*, 1er août.)

Conjonctive. — Deux nouveaux cas de conjonctivite infectieuse, par de Spéville. (*Ann. d'ocul.*, septembre.) — Lavage en cas de conjonctivite purulente, par Manolescu. (*Roumanie médicale*, avril.) — Conjonctivite membraneuse, par Bronner. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XIII, p. 26.) — Idem par Morton. (*Ibid.*) — Pemphigus de la conjonctive, observations de Gunn, Juler, Morton, Dodd. (*Ibid.*, p. 30.) — Tumeurs de la conjonctive, par Lawford. (*Ibid.*, p. 38.) — Conjonctivite pseudo-membraneuse et diphtérie, par Chevallereau. (*Soc. d'opht. Paris*, 10 octobre.) — Deux cas de tumeurs conjonctivales (1° fibrome chez un jeune homme de 16 ans; 2° épithéliome ou sarcome avec hyperplasie de l'épithélium), par Schiess. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, juin.)

Coqueluche. — De la coqueluche, état du cœur et de la circulation, par Knight. (*N. York med. journ.*, 30 septembre.) — De la coqueluche, par Ritter. (65e *réun. des natur. allem. Nuremberg*, 13 septembre.) — Deux observations de pneumonie et de pleurésie survenues au cours de la coqueluche, par Boulloche. (*Rev. mal. de l'enf.*, octobre.) — Pneumothorax dans le cours de la coqueluche chez un enfant de 4 ans, par Vinokourow. (*Arch. f. Kinderh.*, XVI, 1 et 2.) — L'état actuel de la thérapeutique de la coqueluche, par Hirsch. (*Deutsche med. Woch.*, 19, p. 463.) — Traitement de la coqueluche par les bains froids sinapisés, par Springer. (*Semaine méd.*, 1er novembre.)

Cornée. — Statistique étiologique de la kérato-conjonctivite, par Couetoux. (*Ann. d'ocul.*, octobre.) — Un microscope cornéen, par Schanz (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, mars.) — Anatomie pathologique de la kératite à filaments, par Hess. (22e *congrès allem. d'opht. Heidelberg*, 1892.) — Kératomalacie chez les jeunes enfants, par Spicer. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XIII, p. 45.) — Cornée conique, par Silcock. (*Ibid.*, p. 56.) — Papillome de la cornée, par Frost. (*Ibid.*, p. 57.) — Pannus, son traitement par les ferments digestifs, par Lydston. (*Opht. Record*, III, 1.) — Traitement du kératocone, par Chevallereau. (*France méd.*, 23, p. 353.) — Pronostic et traitement de l'épithélioma du limbe scléro-cornéen, par Fage. (*Soc. d'opht. Paris*, 10 octobre.)

Corps étrangers. — Sur les néoformations d'origine inflammatoire consécutives à la présence des corps étrangers dans les tissus, par Thiéry. (*Bull. Soc. anat. Paris*, 30 juin.) — Corps étranger du larynx, par Gaillard. (*Dauphiné méd.*, juillet.) — Corps étranger engagé dans le larynx, fragment d'os, par Hopkins. (*Boston med. j.* 26 octobre.) — Corps étranger, os de mouton implanté dans le larynx, abcès intra-trachéal, trachéotomie pratiquée in extremis, élimination du corps étranger par la plaie, guérison, par Bonan. (*Lyon méd.*, 15 août.) — Corps étranger des bronches, expulsion dans une vomique cinq mois après, par Fischer. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er mai.) — De l'extraction des corps étrangers du nez, par

Hecht. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Corps étranger, pointe de trocart dans le sinus maxillaire, expulsion spontanée par la fosse nasale, par Eulenstein. (*Monats. f. Ohrenh.*, juillet.) — Sur un cas de corps étranger du nez (pépin de pomme, ayant pénétré dans le nez au moment d'une chute sur le sol et entouré d'une couche de carbonate de chaux), par G. Gradenico et V. Mattirolo. (*Giornale Accad. di med. Torino*, mai, p. 417.) — Extraction d'un corps étranger ayant séjourné 40 ans dans le conduit auditif, par Picot. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIII, p. 324.) — Corps étranger, haricot dans l'oreille depuis 39 ans, par Conners. (*Med. News*, 26 août.) — Corps étrangers des paupières, par Sous. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 octobre.) — Corps étranger de l'orbite, par Ramage. (*Lancet*, 30 septembre.) — A propos des corps étrangers de la conjonctive, par L. Froelich. (Fragment de bois ayant séjourné 12 ans). (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, 378.) — Corps étranger de l'œsophage, par Bœwer et Roch. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Corps étrangers (brosse et cuiller) sortis par perforation de la paroi abdominale, par Rouse. (*Lancet*, 9 septembre.) — Obstruction intestinale par corps étranger, guérison, par Severanu. (*Roumanie médicale*, mai.) — Cas singulier de grande épingle à cheveux dans l'urètre d'un homme, par Repetti. (*Giorn. med. del esercito et della marina*, octobre.) — Un cas de corps étranger du vagin (pessaire ayant séjourné 30 ans), par Ch. Patru. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIII, 141.) — Extraction d'un pessaire ayant séjourné plus de 30 ans dans le vagin, par Cordes. (*Ibid.*, XIII, p. 325.) — Pessaire de Zwanck resté 9 ans et demi en place, amenant une fistule recto-vaginale, par Steele. (*Lancet*, 28 octobre,) — Dangers de certains pessaires, pessaire de Zwanck ayant perforé la vessie, formation d'un calcul autour de la branche intra-vésicale, extraction, restauration de l'orifice vésico-vaginal, par Condamin. (*Lyon méd.*, 1er octobre.)

Cou. — Des maladies chirurgicales du cou, par Beck. (*N. York med. journ.*, 29 avril.) — Des abcès du cou, par Poulsen. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 1 et 2.) — Sur une nouvelle variété de phlegmon chronique du cou, par Reclus. (*Médecine moderne*, 16 septembre.)

Crâne. — Etudes de craniologie, par Parsons. (*St. Thomas's hosp. Rep.*, XXI, p. 277.) — Kystes dermoïdes bregmatiques, par Joao Felicissimo. (*Thèse de Lisbonne.*) — Céphalématomes, par Lugeol. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 juillet.) — Sarcome de la base du crâne avec envahissement secondaire du temporal, par Schwidop. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXV, 1 et 2.) Fractures et blessures du crâne, par Spear. (*Boston med. journal*, 21 septembre.) — Quelques considérations sur un cas de fracture complète de la partie gauche du frontal, compliquée de plaie; déchirure des méninges et élimination de matière cérébrale, méningo-encéphalite, guérison, par Rantzow. (*Roumanie médicale*, mai.) — Fracture du crâne et contusion du cerveau ; pendaison. Suicide vingt-trois jours après les blessures reçues, par Legludic. (*Bull. Soc. de méd. d'Angers*, p. 107. — Hémorragie de la méningée moyenne, trépanation, ligature, guérison, par Stroke. (*Berl. klin. Woch.*, 22 août.) — Traitement chirurgical de l'hémorragie intracranienne, par Hudson. (*Annals of surg.*, octobre.) — A propos de la craniectomie, par Dauriac. (*Progrès médical*, 22 juillet.) — Du moyen de réparer les pertes de substance du crâne; plastie de la dure-mère, par Sacchi Ercole. (*Riforma medica*, 4 août.)

Crétinisme. — Du crétinisme sporadique en Amérique, par Osler. (*Americ. j. of med. sc.*, novembre.) — Le champ visuel chez les crétins, par

S. Ottolenghi. (*Giornale Accad. di med. Torino*, avril, p. 260.) — Quelques cas de crétinisme sporadique traités par l'extrait de thyroïde, par Wallis Ord. (*Lancet*, 4 novembre.) — *Idem*, par Paterson; un cas. — Idem, par Hellier; un cas. (*Ibid.*)

Criminel. — Anthropologie de l'oreille des criminels, par Daae. (*Zeits. f. Ohrenh.*, XXIV, 4.)

Cristallin. — Contribution au développement de la cataracte, par Neuburger. (*Centralbl. f. Augenheilk.*, juin.) — L'opération de la cataracte molle, par Manolescu. (*Roumanie médicale,* avril.) — Cataracte traumatique; iridectomie et irodotomie, par Blancœur. (*Ann. policl Bordeaux*, 1er juin.) — Abandon de l'iridectomie pour les cataractes dures, par Pridgin Teale. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, XIII, p. 1.) — L'extraction de la cataracte sans iridectomie sur l'œil atropinisé, par Mutermilch. (*Ann. d'ocul.*, août.) — Extraction de la cataracte, par Higgens. (*Lancet*, 11 novembre.) — Le traitement ultérieur de l'opération de la cataracte, par Moore. (*Med. News*, 2 septembre.) — De l'urée après les opérations de cataracte, par Sous. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 septembre.)

Cysticerque. — Cysticerque du corps vitré chez une femme atteinte de ver solitaire, par J. Hirschberg. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 518, 29 mai.)

D

Daltonisme. — Série de laines pour le diagnostic du daltonisme, par Oliver. (*Med. News*, 2 septembre.)

Démographie. — Démographie des Lapons suédois, par H.-V. Rosendahl. (*Hygiea*, 1892 et *Hyg. Rundsch.*, III, 8, p. 373.) — Remarques démographiques sur l'habitat urbain à Paris, par Lagneau. (*Bull. Acad. méd.*, 18 juillet.) — Mouvement de la population de l'Empire allemand en 1891. (*Zeitschr. f. Medicinalbeamte* et *Hyg. Rundsch.*, III, p. 234.)

Dengue. — Étude sur la fièvre dengue; première épidémie de Smyrne en été 1889, par Narich. (*Progrès médical*, 9 septembre.) — Les formes éruptives de la dengue, par de Brun. (*Bull. Acad. méd.* et *Bull. méd.*, 9 août.) — Bactériologie de la dengue, par Mc Loughlin. (*Pan-Americ. med. Cong.*, septembre.)

Dent. — Quelques anomalies dentaires, par Harrison. (*Sheffield med. j.*, octobre.) — De la carie dentaire, par Marchandé. (*Rev. gén. de Clin.*, 35, p. 548.)

Désinfection. — Contribution à l'étude de la désinfection et à la connaissance des crésols, par Buttersack. (*Arbeiten aus d. k. Gesund.*, VIII et *Hyg. Rundsch.*, III, 135.) — Des crésols solubles dans l'eau en chirurgie et en désinfection pratique, par Ferdinand Hueppe. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 495, 22 mai.) — Des solutions savonneuses d'huiles de goudron, comme désinfectants, et du lysol en particulier, par C. Engler et E. Dieckhoff.

(*Archiv der Pharmacie*, CCXXX et *Hyg. Rundsch.*, III, 5, p. 231.) — La désinfection dans l'état actuel, par H. Merke. (*Deutsche Viertelj. f. œff. Gesund.*, XXV, p. 264.) — La désinfection par l'industrie privée, par Deschamps (*Rev. d'hyg.*, XV, p. 357.) — La désinfection sanitaire, par Rochard. (*Union médicale,* 9 mai.) — De la désinfection par la vapeur et des nouvelles étuves de Sulzer pour désinfecter et pour stériliser les objets de pansement, par O. Roth. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er avril et 1er février.) — Sur la désinfection des habits, des objets en cuir, des livres, par la formaldéhyde (formaline), par Lehmann. (*Münch. med. Woch.*, 32, p. 597.) — Remarques sur la pratique de la désinfection, par Traugott. (*Thèse de Breslau.*)

Diabète. — Pathologie du diabète, par Moser. (*N.-York med. j.*, 28 octobre.) — Diabète expérimental et diabète de l'homme, par Gley et Charrin. (*Soc. de biol.*, 21 octobre.) — Quelques faits relatifs à la pathogénie du diabète pancréatique, par Hédon. (*Arch. de méd. exp.*, V, 5.) — Recherches sur la signification des acides acétoniques dans le diabète, par Muenzer et Strasser. (*Arch. f. exper. Path.*, XXXII, 5 et 6.) — De la glycosurie chronique à l'âge moyen et avancé, par Duckworth. (*Brit. med. j.,* 7 octobre.) — Diabète pendant 30 ans, par Gairdner. (*Ibid.*) — Glycosurie et diabète, par Saundby ; fatigues mentales et diabète, par Thomas ; discussion, par Anderson, Skerritt, etc. (*Ibid.*) — Coma diabétique, étiologie, traitement, par Harley. (*Brit. med. j.*, 23 septembre.) — De la névrite diabétique, 3 cas de pseudo-tabes diabétique, par Pryce. (*Brain*, 63.) — Intégrité du pancréas chez une petite fille ayant succombé au diabète, par Moussous. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 juillet.) — Remarques cliniques et thérapeutiques sur le diabète, par Leyden. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 366, 10 avril.) — Pathogénie du diabète, par Lenné. (*Ibid.*) — Remarques sur le traitement du diabète, par Davis. (*Journ. Americ. med. Ass.,* 5 août.) — Les régimes alimentaires dans le diabète, par Chéron. (*Gaz. des hôp.*, 18 novembre.) — Du myrtille dans le diabète, par Kétli. (*Pester med. chir. Presse*, 27.) — Traitement du diabète par les pilules de myrtille et la pipérazine, par Gruber. (*Cent. f. ges. Therapie*, XI, 9.) — 2 cas de diabète sucré traités par le benzosol, par Lins. (*Wiener klin. Woch.*, 23.) — Deux cas de diabète sucré traités par les injections d'extrait pancréatique, par F. Battistini. (*Giornale Accad. di med. Torino*, p. 290, avril, et *Therap. Monats.*, octobre.) — Phlegmon diabétique traité par les pulvérisations phéniquées ; guérison, par Frémont. (*France méd.*, 19, p. 289.)

Digestion. — Sur l'influence des décoctions de café et de thé sur la digestion artificielle, par Schultzenstein. (*Zeit. f. phys. Chemie*, XVIII, 2.) — De la digestion de l'albumine d'œuf cru par la pepsine, par Herzen, et discussion, par Bourget. (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, 221 et 222.)

Diphtérie. — Longue durée de la contagiosité de la diphtérie, par Tézenas du Moncel. (*Lyon méd.*, 17 septembre.) — La contagiosité (faible) de la diphtérie, par A. Gottstein. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 juin.) — Sur un cas de diphtérie atténuée, par Martha. (*Arch. de méd. expér.*, V, 5.) — 28 cas de diphtérie, infection par le lait, 11 morts, par Appleget. (*Med. News*, 26 août.) — Recherches expérimentales sur la diphtérie et la substance du sérum sanguin qui confère l'immunité, par Hans Aronson. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 juin.) — Recherches expérimentales sur l'immunisation contre la diphtérie, par Koudrevetzky. (*Arch. de méd. exp.*, V, 5.) — Résultats des inoculations de vaches laitières avec les cultures de

bacille diphtéritique, par ABBOTT. (*Journ. of path. and bact.*, II, 1.) — La diphtérie, étude bactériologique, applications au diagnostic, à la pathogénie et au traitement, par VEILLON. (*Semaine méd.*, 20 septembre.) — Diphtérie secondaire, par FRÆNKEL. (*Deutsche med. Woch.*, 17, p. 405.) — De la diphtérie, par MURFREE. (*Journal Americ. med. Ass.*, 5 août.) — Sur la diphtérie, par A. NEUMANN. (*Deutsche med. Woch.*, 7, p. 154.) — Angine couenneuse provoquée, par PERRIN. (*Arch. de méd. mil.*, septembre.) — Diphtérie et autres affections membraneuses de la gorge, par WILLIAMS. (*Americ. j. of med. sc.*, novembre.) — Pathologie et diagnostic de la diphtérie, par COUNCILMAN. (*Ibid.*) — Sur une forme de septicémie dans la diphtérie et en particulier dans le croup, par BARBIER. (*Gaz. méd. Paris*, 30 septembre.) — Paralysie diphtéritique, allochirie, par GAY. (*Lancet*, 21 octobre, et *Brain*, 63.) — Paralysie post-diphtérique des deux muscles droits externes, par FRIEDENWALD. (*Med. News*, 21 octobre.) — De la paralysie diphtérique, des symptômes nerveux, suite de diphtérie, par MACKENZIE. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XXI, p. 87.) — Anatomie pathologique du cœur diphtéritique, par ROMBERG. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVI, 4.) — Réponse de HESSE. (*Ibid.*) — De la diphtérie des plaies, par Conrad BRUNNER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 29 mai, 5 et 12 juin.) — Importance de l'étude du mode d'apparition des membranes diphtéritiques pour la thérapeutique, par M. J. OERTEL. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 297 et 333, 27 mars et 3 avril.) — Quel est le meilleur traitement de la diphtérie, par MACDONALD. (*Edinb. med. j.*, novembre.) — Traitement de l'angine diphtéritique, par MARFAN. (*Ann. de méd.*, 1er novembre.) — Étiologie et traitement de la diphtérie, par RITTER. (65e *réun. des natur. allem. Nuremberg*, 12 septembre.) — Les irrigations laryngo-trachéales dans le traitement du croup, par GUELPA. (*Journ. de méd. Paris*, 8 octobre). — Quelques réflexions sur les irrigations laryngo-trachéales proposées comme traitement du croup, par BOUFFÉ. (*Ibid.*, 29 octobre.) — Traitement de la diphtérie du larynx (inhalations et injections d'essence de térébenthine, tubage), par BONAIN. (*Rev. de laryng.*, 1er novembre.) — L'administration du calomel dans la laryngite pseudo-membraneuse, par DALY. (*N.-York med. record*, 28 octobre.) — Le stérésol et ses applications spécialement dans la diphtérie, par ASCHKINAZI. (*Thèse de Paris*, 9 novembre.) — Deux cas de diphtérie grave. Traitement par le pétrole, par BRUNON. (*Normandie méd.*, 1er juillet.) — Soufre sublimé en applications locales dans la diphtérie, par FRAZER. (*Brit. med. j.*, 4 novembre.) — Angine diphtérique toxique traitée avec succès par la méthode antiseptique, albuminurie et paralysie consécutives, guérison, par VARIOT. (*Journ. de clin. infant.*, I, 2.)

Dysenterie. — De l'étiologie de la dysenterie, par LAVERAN. (*Soc. de biol.*, 4 novembre.) — Une épidémie de dysenterie et de diarrhée dysentériforme à Saint-Étienne en 1892, par OLIVIER. (*Arch. de méd. milit.*, novembre.) — Une épidémie de dysenterie, par FONTAGNY. (*Bourgogne méd.*, 1er avril.) — De la dysenterie avec amibes, par WEST. (*Pan-Americ. med. Cong.*, septembre.) — Étude expérimentale de la dysenterie ou entéro-colite épidémique d'Extrême-Orient et des abcès du foie d'origine dysentérique, par A. CALMETTE. (*Arch. de méd. nav.*, septembre.)

E

Eau. — Résultats de l'examen bactérioscopique de l'eau de source distribuée à Wiesbade, pour les années 1886 à 1891, par G. Frank. (*Jahrb. des Nassauisch. Vereins für Naturkunde,* XLV, et *Hyg. Rundsch.,* III, 7, p. 286.) — Examen bactériologique de l'eau en usage à l'Université de Dorpat, par W. Kotzin. (*Thèse Dorpat,* 1892, et *Hyg. Rundsch.,* III, 7.) — Examen bactérioscopique des puits de Dorpat situés sur la rive droite de l'Embach, par A. Woloschinsky. (*Thèse Dorpat*, 1892, et *Hyg. Rundsch.*, III, 7, p. 285.) — Procédés pour puiser des échantillons d'eau à une certaine distance au-dessous de la surface du liquide, par E. Bertin-Sans. (*Ann. d'hyg. publ.*, 3e série, XXIX, p. 339.) — La nappe souterraine de Kiel; essais pour la dépouiller du fer que ses eaux renferment, par B. Fischer. (*Zeitschr. f. Hyg.*, XIII, et *Revue d'hyg.*, XV, p. 334.) — Les filtres en pierre artificielle du système Fischer et Peters expérimentés dans la distribution d'eau de Worms, par C. Ficus. (*Journ. für Gasbeleucht.*, 1892, et *Hyg. Rundsch.,* III, n° 8, p. 341.) — Appareil destiné à la purification des eaux d'alimentation, par M. Grellet. (*Rev. intern. de falsific.,* VI.) — L'infection des cours d'eau, par Georg Frank. (*Hyg. Rundsch.*, III, 10, p. 429.) — Les nouveaux filtres de la distribution d'eau de Hambourg, par F.-A.-F. Meyer. (*Chir. Zeit.*, XVII, et *Hyg. Rundsch.*, III, 10, p. 450.) — Contribution à l'étude microbique de l'eau, par Blachstein. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 10.) — Examen bactérioscopique de quelques eaux de Dorpat, par Eugen Heymann. (*Thèse Dorpat*, 1892, et *Hyg. Rundsch.*, III, n° 5, p. 200.) — Nouvel appareil pour prélever des échantillons d'eau à de grandes profondeurs, par A. Sclavo. (*Hyg. Rundsch.*, III, n° 5, p. 199.) — Les eaux de la Vigne et de Verneuil à Paris, par O. du Mesnil. (*Ann. d'hyg. publ.*, 3e série, XXIX, p. 485.) — Expériences sur le filtre Chamberland, par Guinochet. (*Arch. de méd. exp.,* V, 5.) — Projets de nouvelle distribution d'eau à Spa, par A. Guillaume. (*Mouvem. hygiéniq.*, IX, 269.) — La stérilisation de l'eau, par J. Arnould. (*Rev. d'hyg.*, XV, 501.) — Expériences sur le filtre Chamberland à nettoyeur André, par Lacour-Eymard. (*Rev. d'hyg.*, XV, 486.) — Recherches bactériologiques sur les eaux d'alimentation de la ville de Toulon, par François Coreil. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIX, 524, juin.) — De l'eau de source à Marseille, par Rietsch. (*Marseille médical,* 11, p. 289.) — Méthode d'analyse des eaux potables, par Ch. Girard. (*Rev. d'hyg.*, XV, 115.) — La toxicité de l'eau, par Naegeli. (*Rev. scientif.*, 2 sept.) — L'épuration des eaux d'égout par l'électricité, par A.-H. Roechling. (*Gesund-Ing.*, 1892, et *Hyg. Rundsch.*, III, n° 5, p. 226.) — De la purification des eaux qui proviennent de l'hôpital clinique de Greifswald, par Loeffler. (*Deutsche med. Woch.*, n° 12, p. 285.) — Rapport sur la composition chimique des eaux des drains des terrains irrigués avec les eaux d'égout de Berlin. (*Hyg. Rundsch.*, III, n° 7, p. 311.) — La station d'expériences de l'Etat de Massachusetts pour l'épuration des eaux d'égout par le sol, par E. Vallin. (*Rev. d'hyg.*, XV, p. 390.) — Projet d'épuration des eaux d'égout de la ville de Brunswick; comparaison du système Rothe-Roeckner et des irrigations, par L. Mitgan. (*Deut. Viert. f. œff. Ges.*, XXV, p. 161.)

Eaux minérales. — Insuffisances de l'analyse chimique des eaux minérales,

par Liebreich. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 343, 3 avril.) — Les eaux de Carlsbad sont-elles laxatives? par Pollatchek. (*Ibid.*, 5 juin.) — Sur l'emploi des eaux minérales dans le jeune âge, par Vivien. (*Lyon méd.*, 8 oct.) — Considérations sur la pathogénie de l'éclampsie puerpérale, par Hergott. (*Gaz. hebd. Paris*, 10, p. 111.) — Deux observations d'éclampsie puerpérale. Guérison par les injections hypodermiques de pilocarpine, par Blanquinque. (*Ibid.*, 18, p. 212.) — Sur l'éclampsie infantile, par N. Fedele. (*Il Morgagni*, juillet.)

Eczéma. — Eczéma marginé parasitaire des membres inférieurs, par Dind. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIII, 382.) — Des eczémas rentrés, par Dubois-Havenith. (*La Policl. Bruxelles*, 1er septembre.) — Des différences qui existent entre les pustules d'impétigo et les pustules d'eczéma, par Unna. (*Deutsche med. Woch.*, 20, p. 482.) — Le traitement de l'eczéma, par Buri. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 177, 1er mars.)

Électricité. — La résistance électrique du corps humain, par Weiss. (*Arch. d'élect. méd.*, I, 7.) — Sur la faradisation unipolaire, par Charpentier. (*Ibid.*) — Excitation électrique des nerfs sans électrode et sans conducteur, par Leduc. (*Ibid.*) — Effets des courants électriques à haute tension sur le corps humain (contact accidentel), par Brandenberg. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 109, 1er février.) — L'appareil électrique le plus simple et le plus pratique pour les opérations galvano-caustiques, par Hobbs. (*Journal of laryng.*, nov.) — Un faradirhéomètre (mesurateur des courants faradiques) appliqué à l'électro-diagnostic, par C. Negro. (*Riforma medica*, 15 juin.) — Des accumulateurs dans la pratique médicale, par Darzens. (*Rev. de laryng.*, 15 nov.) — Nouvel appareil électrique, par Thorner. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1er mai.) — Note sur l'application de l'électricité à la recherche des projectiles dans le corps humain, par Debersaques. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 juin.) — Traitement de la pleurésie et de la péricardite par l'électricité, par de Renzi. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXII, 3.) — Récents progrès en électro-gynécologie, par Massey. (*Journal americ. med. Ass.*, 2 sept.) — Assainissement par l'électricité, par Regnier. (*Progrès médical*, 14 octobre.)

Éléphantiasis. — Ablation d'un éléphantiasis de la vulve chez une fille de 27 ans, par Wyder. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 147, 15 février.) — Tumeur éléphantiasique de la petite lèvre gauche, par Montaz. (*Dauphiné méd.*, 1er juin.) — Eléphantiasis des Arabes compliqué de mélanosarcome, par Kaposi. (*Soc. vien. de derm.*, 30 nov. 1892.)

Embolie. — De l'embolie de l'artère pulmonaire dans la grossesse et les suites de couches, par Sperling. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVII, 2.)

Embryologie. — Histoire de la constitution de l'œuf; élimination d'éléments nucléaires dans l'œuf ovarien de scorpaena scrofa, par Van Bambeke. (*Arch. de biol.*, XIII, 1.) — Sur l'influence des injections de liquides dans l'albumen sur l'incubation des œufs de poule, par Féré. (*Soc. de biol.*, 29 juillet.) — Sur l'influence sur l'incubation de l'œuf de poule d'injections préalables dans l'albumen de solutions de sel, de glucose, de glycérine, par Féré. (*Ibid.*, 21 oct.) — Sur l'influence de l'exposition préalable aux vapeurs de chloroforme et d'essence de térébenthine sur l'incubation des œufs de poule, par Féré. (*Ibid.*, 28 oct.) — Sur le cœlome externe et sur le magma réticulaire chez l'embryon humain, par C. Giacomini. (*Giornale Accad. di med. di Torino*, juillet, p. 501.) — Anomalies de développement

de l'embryon humain. Kystes de l'amnios. Formations épithéliales dans le chorion et le stroma des villosités, par C. Giacomini. (*Archives italiennes de biologie*, XIX, p. 82, et *Atti della R. Accad. di Torino,* XXVIII, novembre 1892.)

Emphysème. — Emphysème sous-cutané par rupture de vomique, par Snell. (*Lancet*, 30 sept.) — De l'emphysème cutané général, par Kellner. (*Arch. f. Psychiat.*, XXV, 2.)

Empoisonnement. — Études toxicologiques sur la caféine, par Frochner. (*Monats. f. prakt. Thierh.*, III, et *Hyg. Rundschau*, III, 7, p. 322.) — Note sur un cas de délire au cours d'une pneumonie exaspéré sous l'influence de la caféine, par Rendu. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 mai.) — Sur le cocaïnisme chronique, par Mattison. (*Deut. med. Zeit.*, 58.) — Etude critique des intoxications par la cocaïne, par Viau. (*L'Odontologie,* mars.) — Empoisonnement par la cocaïne dans le cathétérisme (sonde trempée dans de l'huile cocaïnée, 10 centigrammes pour 30 grammes), par F. W. (*Lancet*, 4 nov.) — Empoisonnement par un emplâtre de belladone, par Maddox. (*Americ. j. of med. sc.*, nov.) — Des fumeurs d'opium, par Ambiel. (*Arch. de méd. nav.,* nov.) — Empoisonnement par l'opium, par Priestley. (*Brit. med. j.*, 25 nov.) — Atropine dans le morphinisme, par Kochs. (*Therap. Monats.*, nov.) — Traitement de l'empoisonnement morphinique par l'atropine, par Cruse. (*Arch. f. Kinderh.*, XVI, 1 et 2.) — Deux cas d'empoisonnements graves, l'un par l'opium, l'autre par l'acide phénique, guéris par Gorton. (*Med. News,* 2 sept.) — Empoisonnement par le stramonium, par Maisch. (*N. York med. Record*, 21 oct.) — Deux cas d'intoxication par la strychnine chez des enfants, par Lazard. (*Journ. de clin. infant.*, I, 4.) — Accidents dus à l'antipyrine, par Cerné. (*Normandie méd.*, 15 juillet.) — Empoisonnement mortel par la pyridine, par Helme. (*Brit. med. j.*, 14 oct.) — Des effets de l'ergotisme sur le système nerveux central, par Walker. (*Arch. f. Psych.*, XXV, 2.) — Un cas de mort par l'absorption de l'esprit de bois, par Delacour. (*Bull. Soc. scientif. de l'Ouest*, II, 2, p. 131.) — Cinquante-cinq cas d'empoisonnement par l'huile d'armes, par Reboud. (*Gaz. des hôp.*, 7 sept.) — De l'intoxication par les coquillages, par Bardet. (*Soc. de méd. et chir. prat.*, 12 oct.) — Empoisonnements par champignons, différences d'action selon la provenance, traitement de ces empoisonnements, par Poulet. (*Bull. méd.*, 26 nov.) — Six cas d'empoisonnement par les champignons, guérison, par Kœnigsdœrffer. (*Therap. Monats.*, nov.) — Du lathyrisme, par Hendley. (*Indian med. Gaz.*, sept.) — Sur un cas d'intoxication grave due à une injection intra-cavitaire de naphtol camphré, par Calot. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 466.) — Deux cas d'intoxication par le naphtol camphré, par Ménard. (*Ibid.*, p. 408.) — Sulfonal et hématoporphynurie, par Smith. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XXI, p. 241.) — Antidotes des hypochlorites et hypobromites, par Carles. (*Journ. méd. Bordeaux,* 30 juillet.) — Empoisonnement mortel par le sulfocyanure (?) de mercure, par Brouardel et Ogier. (*Ann. d'hyg. publ.*, 3e série, XXIX, 352.) — Modifications du sang et des urines et lésions anatomiques produites par l'empoisonnement chronique par le phosphore, par L. d'Amore et C. Falcone. (*Il Progresso medico*, 15 août.) — Dégénérescence de la moelle dans l'empoisonnement par le phosphore, par Gurrieri. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 2 et 3.) — Un cas d'intoxication par la mélinite et le plomb, par Gueit. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — De l'empoisonnement arsénical au point de vue médico-légal, par Schumburg. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, V, p. 283, et VI, p. 73.) — Empoisonnement par le chlorure de zinc, par Anderson. (*Brit. med. j.*, 9 sept.) — Des troubles nerveux consécutifs à

l'intoxication chronique par le sulfure de carbone, par Lop et Lachaux. (*Gaz. hebd. Paris*, 16, p. 184.) — Hystérie et intoxication par le sulfure de carbone, par Brunon. (*Normandie méd.*, 1er août.) — Empoisonnement mortel par les vapeurs de charbon, poêle, par Chlumlky. (*Viertelj. f. ger. Med.*, V, p. 321, avril.) — Mort dans une atmosphère d'oxyde de carbone et mort au sortir de cette atmosphère par empoisonnement carbonique secondaire, par Chlumsky. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, V, p. 320, avril.) — L'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par Ernst Becker. (*Ibid.*, V, p. 113 et 336.) — Empoisonnement mortel par les gaz d'une fosse d'aisances, par Hankel. (*Ibid.* V, p. 388, avril.) — Des empoisonnements de l'organisme par les toxines, règles d'hygiène alimentaire pour les combattre, par Dujardin-Beaumetz. (*Ann. de méd.*, 4 oct.)

Enfant. — Observations relatives à la pédiatrie, par Charon. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 août.) — Précis de pédiatrie avec développements spéciaux sur l'étiologie, la prophylaxie, l'hygiène et la diététique, par J. Uffelmann. (*Vienne et Leipzig.*) — De l'alimentation des enfants du premier âge, par Apert. (*Bull. méd.*, 17 septembre.) — De l'alimentation de l'enfant, par Chapin. (*N. York med. journ.*, 16 septembre.) — Nourriture pour l'enfant, par Eiloart. (*Ibid.*) — Les dangers de la suralimentation chez les enfants, par Comby. (*Progrès médical*, 30 septembre.) — De l'influence des nœuds du cordon sur la circulation fœtale, par Lefour. (*Arch. clin. Bordeaux*, août.) — Adermogénèse chez un nouveau-né, par Guéniot. (*Bull. acad. méd.*, 18 juillet.) — Paludisme chez l'enfant, par Koplik. (*N. York med. journ.*, 16 septembre.) — Étude de l'hémiplégie infantile, par Hadden. (*St-Thomas's hosp. rep.*, XXI, 1.) — Méningo-encéphalite syphilitique chez un enfant de cinq ans, par Moussous. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 juillet.) — Les scléroses cérébrales de l'enfance, par Bourges. (*Gaz. hebd. Paris*, 19, p. 218.) — Quelques variétés de paralysies chez l'enfant, par Taylor. (*Lancet*, 23 septembre.) — Tétanie chez l'enfant, par Burckhardt. (*Corr.-Blatt. f. schw. Aerzte*, 1er janvier.) — Note pour servir à l'histoire des arrêts de développement consécutifs à des traumatismes de l'enfance, par Féré. (*Rev. de chir.*, octobre.) — Les traumatismes légers de la tête chez l'enfant, troubles hystériques, par Weill. (*Lyon méd.*, 19 novembre.) — Maladies du cœur chez l'enfant, par Coley. (*Brit. med. j.*, 25 novembre.) — Malformations du cœur chez un enfant de 2 ans atteint de cyanose (absence des 2 tiers de la cloison, rétrécissement de l'orifice pulmonaire, transposition des gros troncs artériels, absence de valvule tricuspide, persistance du trou de Botal), par P. Guttmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 17 avril.) — Le cœur comme guide du traitement des convulsions infantiles, par Morison. (*Lancet*, 4 nov.) — Enfant succombant à une insuffisance mitrale. Médiastinite antérieure prise pour une symphyse cardiaque, par Moussous. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 juillet.) — Épisodes et complications de la tuberculose généralisée chronique du premier âge ; parallèle de cette forme de tuberculose avec la scrofulo-tuberculose, par Marfan. (*Semaine méd.*, 13 septembre.) — De la tuberculose des ganglions bronchiques chez l'enfant, par Neumann. (*Deut. med. Woch.*, 9.) — Tuberculose du premier âge, par Remy. (*Journ. de clin. infant.*, I, 4.) — Diagnostic de la pneumonie chez l'enfant, par Federici. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXII, 3.) — Pneumonie à résolution lente et phtisie fibroïde chez l'enfant, par Carpenter. (*Americ. j. of med. sc.*, octobre.) — Pleurésie purulente chez un enfant de cinq ans, avec signes locaux spéciaux, constatés dans la cavité, d'un abcès de la paroi thoracique communiquant avec l'épanchement pleural, pneumothorax constaté à la thoracentèse, par Variot. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 5 mai.) — Du pyopneumothorax tuberculeux chez

les enfants, par J. SIMON. (*Rev. gén. de clin.*, 29, p. 449.) — Sur un cas de pleurésie séreuse chez l'enfant, par MARFAN. (*Médecine moderne*, 13 septembre.) — Un cas d'asthme chez un enfant de 4 ans, par DUFESTEL. (*Journ. de clin. inf.*, I, 2.) — Chirurgie des voies respiratoires chez l'enfant, par PITTS. (*Lancet*, 9 septembre.) — Injections secondaires dans la dyspepsie infantile, par MARFAN et MAROT. (*Rev. mal. de l'enf.*, août.) — Melaena non mortel chez un nouveau-né, par GELPKE. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 108, 1er février.) — Cholérine des jeunes enfants. Un mode de traitement, par S. REMY. (*Rev. méd. de l'Est*, 8, p. 225.) — Des diarrhées infantiles et de l'emploi du lait stérilisé chez les enfants, par SAINT-PHILIPPE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 6 août.) — Quatre cas d'hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés suivis de guérison, par OUI. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 27 août.) — Étiologie de la septicémie gastro-intestinale chez les nouveau-nés, par FISCHL. (65e *réun. des natur. allem. Nuremberg*, 12 septembre.) — Diabète sucré chez l'enfant, par TAVARIA. (*Indian chir. Review*, I, 7.) — Un cas de lithiase rénale, par FRÜHWALD. (*Arch. f. Kinderh.*, XVI, 1 et 2.) — Urémie à forme délirante chez un enfant, par RICHARDIÈRE. (*Union médicale*, 24 août.) — De la mort apparente des nouveau-nés, par GRYNFELTT. (*N. Montp. med.*, 25, p. 485.) — — Ascite chez un enfant de 2 mois, guérie par simple ponction, par DE CÉRENVILLE. (*Revue méd. Suisse romande*, XIII, 221.) — De la péritonite aiguë des nouveau-nés, par CASSEL. (*Berl. klin. Woch.*, 17 octobre 1892.) — Péritonite purulente chez un enfant, par LEBRUN. (*Ann. soc. belge, chir.*, 15 août.) — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse chez les enfants, par HENDRIX. (*Ibid.*, 1er septembre.) — De la fissure à l'anus chez l'enfant, par THOMAS. (*Revue générale de clinique et thérapeutique*, 26, p. 401.) — Rhumatisme articulaire chez un enfant de 6 ans, par LLOYD-DAVIES. (*Lancet*, 14 octobre.) — L'irrigation du colon chez les enfants, par HUDDLESTON. (*N. York med. record*, p. 329, 9 septembre.) — Gangrène symétrique des jambes, par LEHMANN. (*Arch. f. Kinderh.*, XVI, 1 et 2.) — Des caries nécrosiques et des séquestres de l'os temporal chez les enfants, par FERRERI. (*Arch. ital. di otol.*, I, 3.) — Résection de la hanche chez l'enfant, par MONTAZ. (*Dauphiné méd.*, août). — Appendicite chez l'enfant, par DEAVER. (*N. York med. journ.*, 23 septembre.) — De la laparotomie pour ileus chez l'enfant, par BAYER. (*Prager med. Woch.*, 23 août.) — Rétention complète d'urine chez un enfant de 16 mois, extraction par l'urètre d'un calcul vésical, par d'HAENENS. (*La policlinique, Bruxelles*, 1er mai.) — La lithotritie chez les enfants avec quelques considérations sur la taille hypogastrique, par P. MORELLI. (*Il Morgagni*, juillet.) — Tumeur kystique de la vessie chez un nouveau-né, par RANSOM. (*Med. News*, 11 novembre.) — Quelques considérations sur le pronostic et le traitement de la vulvo-vaginite des petites filles, par ROCCAZ. (*Ann. policl. Bordeaux*, septembre.) — Causes et traitement de l'hydrocèle et de la hernie chez l'enfant, par LANE. (*Brit. med. j.*, 25 novembre.) — Sarco-épithéliome du testicule chez un enfant de 6 ans, par REBOUL. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 475.)

Épidémie. — Histoire de l'épidémiologie en Angleterre, par PAYNE. (*Lancet*, 25 novembre.) — Ce qu'il faut penser du génie épidémique, par O. LANZ. (*Deutsche med. Woch.*, 10, p. 224.)

Épilepsie. — Note sur des oscillations de poids chez les épileptiques, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 11 novembre.) — Epilepsie, syphilis et tabes, par P. BLOCQ. (*Rev. gén. de clin.*, 33, p. 519.) — Note sur un cas d'hypertrichose de la partie inférieure du corps chez un épileptique, par FÉRÉ.

(*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 3, p. 142.) — Les lésions des zones corticales extra-rolandiques comme cause de l'épilepsie, par L. RONCORONI. (*Giornale Accad. di med. Torino*, mars, p. 213.) — Influence de l'érysipèle sur la marche de l'épilepsie, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 21 octobre.) — Sur les soins à donner aux épileptiques, par PETERSON. (*Journ. americ. med. Ass.*, 30 septembre.) — Duboisine contre les attaques d'hystéro-épilepsie, par Peter ALBERTONI. (*Therap. Monatshefte*, 8, p. 409.) — De l'influence du traitement antirabique sur l'évolution de l'épilepsie, par G. BALLET. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 juillet.) — Trépanation dans l'épilepsie pour les cas douteux, par ALEXANDER. (*Brit. med. j.*, 25 novembre.) — Épilepsie en foyer, trépanation, ablation d'un petit foyer hémorragique, pas d'amélioration ; ablation d'une partie du centre de la jambe après stimulation électrique, amélioration, par BIDWELL et SHERRINGTON. (*Brit. med. j.*, 4 novembre.)

Érysipèle. — Étiologie et histoire clinique de l'érysipèle, par ANDERS. (*Journ. americ. med. ass.*, 22 juillet.) — La mortalité de l'érysipèle, par CATRIN. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 juin.) — De l'érysipèle gangreneux foudroyant, gangrène foudroyante du scrotum et du pénis, par CRUSSARD. (*Revue méd. de l'Est*, 8, p. 5.) — Considérations sur l'érysipèle compliquant l'état puerpéral, par GALLOUPE. (*Boston med. journal*, 17 août.) — Érysipèle et gonorrée, par SCHMIDT. (*Cent. f. Gynaek.*, 30 septembre.) — Le traitement de l'érysipèle à l'hôpital Colentina, par PETRINI. (*Roumanie médicale*, avril.) — Traitement de l'érysipèle de la face par l'azotate d'aconitine cristallisé, par TISON. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Du traitement mécanique de l'érysipèle, par DIETZ. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Sur le traitement de l'érysipèle, par ARNOZAN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 septembre.) — Traitement de l'érysipèle, par KÖSTER (pommade sublimé ou ichtyol, badig. à l'iode). (*Cent. f. klin. Med.*, 38.) — Traitement de l'érysipèle par les chlorophénols et les bromophénols, par TSCHOURILOW. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, II, 3.)

Erythème. — Nature de l'érythème noueux, par RICHARDIÈRE. (*Semaine méd.*, 1er novembre.) — analgésique, polyurie, polydipsie ; guérison, par PETRINI. (*Roumanie médicale*, juin.) — Érythème mercuriel généralisé, suite d'injections souscutanées de sublimé, par LEWIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 148, 6 février.)

Estomac. — La fine structure de la muqueuse gastrique chez l'homme et quelques animaux domestiques, par BONNET. (*Deutsche med. Woch.*, 18, p. 480.) — Recherches sur les fonctions motrices de l'estomac chez le chien, par A. HIRSCH. (*Cent. f. klin. Med*,, 47, 1892.) — De l'influence des acides et des alcalis sur les fonctions motrices de l'estomac, par HIRSCH. (*Ibid.*, 24, 1893.) — Nouvelles recherches sur les fonctions de l'estomac chez le chien pourvu d'une fistule intestinale, par HIRSCH. (*Ibid.*, 18.) — Absorption de l'eau dans l'estomac, par HIRSCH. (*Ibid.*, 29.) — Étude du chimisme stomacal par GAUTRELET. (*Revue des maladies de la nutrition*, 15 juillet.) — La sécrétion de l'estomac de Succi le jeûneur, par L. SANSONI. (*Giornale Accad. di med. Torino*, mai, p. 315.) — Sur le suc stomacal et la pepsine chez les chiens, par Me SCHOUMOW-SIMANOWSKY. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, II, 2.) — Réflexions critiques sur les méthodes de dosage de l'acide chlorhydrique du contenu stomacal, par G. HONIGMANN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 10 et 17 avril.) — Même sujet, par C. von NOORDEN. (*Ibidem*, 8 mai.) — Remarques sur l'article de von NOORDEN, par C. A. EWALD. (*Ibidem*, p. 449.) — De la présence d'ammoniaque dans le contenu de l'es

tomac et de son influence sur la valeur des méthodes de dosage de l'acide chlorhydrique, par Hermann Strauss. (*Ibid.*, 24 avril.) — De la fermentation gazeuse dans l'estomac, par Mac Naught. (*Deutsche med. Woch.*, 10, p. 231.) — De la fermentation gazeuse dans l'estomac, par F. Kuhn, *Ibid.*, 15, p. 353.) — Un cas d'estomac en forme de sablier, par W. Saake, (*Archiv f. path. Anat.*, CXXXIV, 1.) — Sur un cas de diverticule par traction de la région pylorique de l'estomac à la suite de déplacement de la vésicule biliaire, par A. Tilger. (*Ibid.*, CXXXII, 2.) — L'estomac et le corset, par Mathieu, (*Gaz. des hôp.*, 14 sept.) — Des rapports entre les affections génitales de la femme et les troubles stomacaux, par Frank. (*Arch. f. Gynaek.*, XLV, 1.) — Action des ensymes sur les tissus de l'estomac et de l'intestin, par Matthes. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 554, 5 juin.) — Des troubles nerveux de l'appétit et de la digestion, par Dubois. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 mai et 1er juin.) — Un cas de maladie de Reichmann, par Godart. (*La policl. Bruxelles*, 1er octobre.) — Sur les formes cliniques de la chlorhydrie, par B. Braccini. (*Riforma medica*, 21 août.) — Contribution à la pathogénie de la peptonurie, par C. Falcone. (*Il progresso medico*, 30 juin.) — De la dyspepsie fermentative, par Flint. (*N. York med. j.*, 14 octobre.) — Gastrite chronique, par Deroye et Gallois. (*Bourgogne méd.*, 1er avril.) — Observations à propos de la gastrite chronique, par Hayem. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 mai.) — Formes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac, par Sée. (*Bull. méd.*, 20 septembre.) — Vues nouvelles sur le diagnostic et le traitement de l'ulcère de l'estomac, par Boas. (*New York med. record*, p. 737, 17 juin.) — Ulcères gastriques d'origine traumatique, par Rendu. (*Ann. de méd.*, 20 septembre.) — L'ipécacuanha dans les intoxications bactériennes de l'appareil digestif, par Bernabei. (*Bullettino Societa Lancisiana Roma*, juillet 1892, p. 195.) — Traitement de la cardialgie par le bismuth précédé de lavages de l'estomac, par Fleiner. *Berlin. klin. Wochens.*, p. 531, 29 mai.) — Traitement de la dilatation de l'estomac, par Godart. (*La policl. Bruxelles*, 1er août.) — Action locale des essences sur la muqueuse gastrique, par Pilliet. (*Soc. de biol.*, 11 novembre.) — La papaïne dans les affections de l'estomac, par Sittmann. (*Münch. med. Woch.*, 29, p. 548.) — Recherches sur l'électrisation directe de l'estomac, par Einhorn. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIII, 3 et 4.) — Sur un cas de sténose congénitale du pylore et de la région voisine du duodénum, par A. Tilger. (*Archiv. f. pathol. Anat.*, CXXXII, 2.) — Carcinome du pylore, par A. Cardarelli. (*Il Morgagni*, mai.) — Sur les modifications de l'appétit dans le cancer de l'estomac et du foie, par Hanot. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Sur le sarcome primitif de l'estomac, par A. Tilger. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXII, 2.) — La chirurgie de l'estomac, par Broca. (*Gaz. hebd. Paris*, 16, p. 182.) — La chirurgie de l'estomac, par Romme. (*Gaz. hebd. Paris*, 25 novembre.) — Adhérences pyloriques traitées par la laparotomie, par Robson. (*London clin. soc.*, 13 octobre.) — Deux cas de chirurgie de l'estomac (1° incision du pylore rétréci par une cicatrice d'ulcère; 2° libération d'adhérences péritonéales produisant un rétrécissement de la région pylorique), par Bastianelli. (*Bullettino Società Lancisiana Roma*, juillet 1892, p. 187.) — Valeur de la gastrostomie pour l'exploration du cardia, par Laplace. (*Pan Americ. med. congress*, septembre.) — Gastrostomie et alimentation hypodermique, par Caird. (*Edinb. med. journ.*, septembre.) — Traitement de l'ulcère chronique de l'estomac, par Stepp. (*Therap. Monats.*, novembre.) — Du traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac, par Haslam. (*Brit. med. j.*, 11 novembre.) — Traitement chirurgical des perforations dans l'ulcère de l'estomac, par Barling. (*Birmingham med. rev.*, septembre.) — Sténose complète d'un pylore cancéreux. Gastro-entérostomie; guérison

opératoire, par Thiriar. (*Ann. soc. belge chir*,, 15 septembre.) — Rétrécissement cicatriciel du pylore, dilatation secondaire de l'estomac, gastroentérostomie, guérison, par Grundzach et Mintz. (*Rev. de méd.*, nov.) — Sur une observation nouvelle de gastro-entérostomie, par Reclus. (*Bull. méd.* 30 août.) — Obs. de gastro-entérostomie et de pylorectomie, par Morison. (*Brit. med. j.*, 25 novembre.) — Gastro-jéjunostomie, par Bidwell. (*London clin. soc.*, 27 octobre.) — Grossesse après une gastrojéjunostomie, par Massiah. (*Brit. med. j.*, 28 octobre.)

Exanthème. — Rash par l'antipyrine, par Childe. (*Brit. med. j.*, 28 oct.) — De la dermatite iodoformique, par Matschke. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Histologie de la dermatite iodique, par Engman. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVII, 8.) — Exanthème mercuriel morbilliforme et purpurique suite d'injection d'huile grise, par Bruck. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 148, 6 février.) — Exanthème mercuriel scarlatiniforme se montrant à la suite d'injections sous-cutanées de thymolate, d'onctions et d'applications de calomel, mais manquant à la suite de l'administration du calomel à l'intérieur, par Ledermann. (*Ibid.*)

F

Ferment. — Fermentation anaérobie produite par le bacillus orthobutylicus, ses variations sous certaines influences biologiques, par Grimbert. (*Thèse de Paris. fac. des sc.*)

Fièvre. — Substances thermogènes extraites des tissus animaux et fièvres par auto-intoxication, par Rouquès. (*Thèse de Paris*, 30 novembre.) — Théorie de la fièvre par Hiller. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIII, 5 et 6.) — Inoculations préventives dans la fièvre aphtheuse, par Behla. (*Berlin. thieraerztl. Wochens*, 1892, et *Hyg. Rundsch*, III, n° 6, p. 261.) — Du traitement occasionnel de la fièvre à sulfate de quinine, par Treille. (*Bull. acad. méd.* et *Bull. méd.*, 28 juin.)

Fièvre jaune. — Quelques remarques critiques concernant la thérapeutique de la fièvre jaune, par Havelbury. (*Rev. med. chir. Brésil.*, juillet.)

Fistule. — Antrophores dans le traitement des fistules du cou, par Gusenberger. (*Ann. mal. de l'or.*, octobre.) — Traitement de la fistule rectovaginale, par dédoublement et sutures à étages, par Bureau et Vignard. (*Arch. prov. de chir.*, II, 10.) — Des fistules uretéro-vaginales, par Hochstetter. (*Arch. f. Gynæk.*, XLV, 1.) — Des opérations de fistules ventrovaginales, par Fritsch. (*Cent. f. Gynaek.*, 11 novembre.) — Fistule vésicovaginale ; étiologie et traitement, par Clarke. (*Journal americ. med. Ass.*, 2 septembre.)

Foie. — Contribution à l'étude de la fonction glycogénique; influence du chloroforme, par Battier et Soulier. (*Dauphiné méd.*, août.) — Sur les altérations du rein et du foie consécutives à la ligature du canal cholédoque, par G. Alonzo. (*Riforma medica*, 1er sept.) — Sur un anaérobie qui produit du gaz dans le corps humain et ses rapports avec le foie écumeux (Schaumleber), par P. Ernst. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXIII, 2.) — Importance des connaissances anatomo-physiologiques, sur l'interprétation exacte de la pathologie du foie, par Z. Toralbo. (*Il Progresso medico*, 30 septembre.) — Pathogénie de l'ictère, par Lieber-

MEISTER. (*Deutsche med. Woch.*, 16, p. 366.) — Un cas d'ictère émotif, par TALAMON. (*Médecine moderne*, 23 août.) — Un cas d'ictère grave avec diminution rapide du volume du foie (atrophie jaune aiguë?) suivie de guérison avec retour du foie jusqu'à son volume normal, par A. PARENTI (*Il Morgagni*, juin.) — Jaunisse par obstruction simple guérie par l'huile d'olive, par OLIVER. (*Lancet*, 7 octobre.) — De l'hépatoptose, par GODART. (*La Policl. Bruxelles*, 1er août.) — Diagnostic différentiel entre la cirrhose hypertrophique et le foie paludéen, par A. CARDARELLI. (*Il Morgagni*, juin.) — Sur un cas de cirrhose atrophique avec œdèmes préascitiques et sur les causes de ces œdèmes, par L. VANNI. (*Ibid.*, juin.) — Cirrhose hépatique; manuel opératoire de la ponction de l'ascite, par LEGROUX. (*Rev. gén. de clin.*, 25, p. 385.) — La cirrhose hypertrophique avec ictère chronique considérée comme une hépatite infectieuse, par HANOT. (*Bull. méd.*, 27 septembre.) — Sur le fonctionnement de l'estomac dans les maladies du foie, par J. LEVA. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXII, 3.) — Sur les modifications de l'appétit dans le cancer du foie et de l'estomac, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Abcès multiples du foie, par CLARKE. (*Practitioner*, octobre.) — Abcès du foie, par EDMUNDS ; idem, par BIDWELL. (*St. Thomas's hosp. Rep.*, XXI, p. 205.) — Hépatite paludique suppurée opérée in extremis, guérie en 15 jours, par ATGIER. (*Arch. de méd. milit.*, nov.) — Abcès hépatique à hydatides, opération, mort, par A. FRAENKEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 avril.) — Ablation d'un adénome tuberculeux du foie, par VON BERGMANN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 411, 24 avril.) — Ablation d'un adénome kystique des canalicules biliaires contenant 6 litres de liquide, par W. MÜELLER. (*Ibid.*) — Du cancer du foie pseudo-fluctuant, par HANOT. (*Semaine méd.*, 8 nov.) — Plaie du foie par arme à feu, guérison, par CLOSS. (*New Zealand med. journ.*, avril.) — Fixation d'un foie déplacé, par RICHELOT. (*Union médicale* 5 août.)

Fracture. — Les fractures non reconnues chez les enfants, par CURTIS. (*N. York med. record*, 21 mai.) — Une méthode d'application de la pression au siège d'une fracture dans le but de maintenir les fragments osseux dans une position exacte et de les y maintenir jusqu'à consolidation, par MONKS. (*Boston med. journal*, 20 juillet.) — Du massage des fractures récentes des os, par WANSCHER. (*Gaz. des hôp.*, 5 septembre.) — Sur un cas de décollement épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus avec déplacement incomplet, par DEMOULIN. (*Arch. gén. de méd.*, novembre.) — Fractures pelviennes, par CHEEVER. (*Boston med. journal*, 5 août.) — Pièces de fractures diverses : 1° Fracture intra-capsulaire du col fémoral consolidée chez une femme de 56 ans ; 2° vieille fracture de la rotule ; 3° fracture typique du calcanéum par écrasement, par W. KOERTE. (*Berlin. klin. Wochens.*, 3 juillet.) — Suture métallique du fémur pour fracture irréductible de l'extrémité inférieure de la diaphyse, coïncidant avec une fracture du tibia immédiatement au-dessous du genou, par LEGRAND. (*Progrès médical*, 22 juillet.) — Traitement chirurgical des pseudarthroses du fémur, par KOUZMINE. (*Rev. de chir.*, octobre.) — Discussion de la réunion libre des chirurgiens de Berlin sur le traitement des fractures de la rotule. (*Berlin. klin. Woch.*, 267, 13 mars.) — Fracture ancienne de la rotule. Extirpation totale. Amélioration fonctionnelle considérable, par CHAPUT. (*Rev. d'orthopédie*, 1er septembre.) — Fracture simultanée des deux calcanéums, par RYAN. (*Brit. med. j.*, 4 novembre.) — De l'appareil plâtré dans le traitement ambulant des fractures de jambe, par KORSCH. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 268, 13 mars.) — Traitement des fractures des membres inférieurs par l'appareil ambulant de Bruns, par GARRÉ. (*Corresp. blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 juin.)

Fulguration. — Un cas de fulguration, auto-observation, par Chenet. (*Arch. de méd. mil.*, septembre.)

G

Gale. — L'accroissement de la gale, par Stelwagon. (*Med. news*, 23 septembre.) — Diagnostic et traitement de la gale, par Fournier. (*Union méd.*, 20 mai.)

Gangrène. — De la gangrène au point de vue médico-légal, par O. Müller. (*Zeitschrift für Heilkunde*, 2, p. 83.) — La gangrène, pathologie, symptômes et traitement, par Lavista. (*New York med. record*, p. 336, 9 septembre.) — Observation de gangrène pulmonaire suivie de guérison, par Feillé. (*Bull. soc. de méd. d'Angers*, p. 68.) — Gangrène par pansement phéniqué, 2 cas par Monnier. (*Soc. de méd et chir. prat.*, 4 octobre.) — Gangrène des doigts due à l'acide phénique, par Bardet, Ollivier. (*Ibid.*, 19 octobre.) — De l'amputation dans la gangrène des membres inférieurs, par Caird. (*Edinb. med. journ.*, octobre.)

Gelure. — Emplâtres et diachylon contre les engelures, par Goenner. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 125, 1er février.)

Génitaux (Org.) — Sur un cas d'induration plastique des corps caverneux, par Jurquet. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, novembre.) — Phimosis congénital, gangrène de la verge par paraphimosis ; anaplastie, par Koerte. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 507, 22 mai.) — Paraplégie urinaire incomplète des membres inférieurs, accompagnée de pseudo-ataxie locomotrice, et de paralysie du sphincter de la vessie, consécutives à un phimosis et guéries après opération, par Chomatianos. (*Progrès médical*, 15 avril.) — L'opération du phimosis de Hagedorn, par Habs. (*Cent. f. Chir.*, 7 octobre.) — Absence congénitale du pénis, par F. Lemke. (*Archiv f. pathol. Anat.* CXXXIII, 1.) — Ulcère serpigineux du pénis, par Neumann. (*Soc. vien. de derm.*, 9 novembre 1892.) — De l'inversion sexuelle, par Blocq. (*Gaz. hebd. Paris,* 27, p. 314.) — Traitement des végétations génitales chez la femme, par d'Aulnay. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Déformations accidentelles des organes génitaux de la femme, par Brissay. (*Rev. méd. chir. Brésil*, juillet.) — Tumeur des petites lèvres, par Kirchhoff. (*Cent. f. Gynæk.*, 11 novembre.) — Deux cas rares de fibromes génitaux, par Jacobs. (*La policlinique, Bruxelles,* 1er juin.) — De la valeur de l'asepsie dans le traitement des affections uro-génitales, en particulier pour le cathétérisme, par Farkas. (*Pester med. chir. Presse*, 10.)

Glaucome. — Du glaucome secondaire à la luxation du cristallin, par Beccaria. (*Ann. di ottalm.*, XXII, 2 et 3.) — Glaucomes chez des sujets jeunes, par Story. (*Opht. review*, mars.) — De l'excavation glaucomateuse, par H. Verneuil. (*La policl. Bruxelles*, 15 juillet.) — Glaucome primitif sans douleur, perte presque complète de la vue, par Harley. (*Trans. opht. soc. unit. kingdom*, XIII, p. 62.) — Affaiblissement rapide de la vue avec symptômes glaucomateux mais sans augmentation de la tension, par Brailey. (*Ibid.*, p. 63.) — La sclériritomie et le traitement du glaucome, par Nicati. (*Ann. d'ocul.*, septembre.)

Goutte. — Quelques lésions de la gorge chez les goutteux, par S. Solis-

Cohen. (*Med. news,* 4 novembre.) — Du traitement de la goutte, par Semmola. (*Il progresso medico,* 30 juin.)

Greffe. — De la greffe de grands lambeaux de peau complètement détachés, par F. Krause. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 506, 22 mai.) — Greffes cutanées sur la paupière : greffes conjonctivales du lapin à l'homme, par Wolff. (*Pan americ. med. cong.,* septembre.) — Bandage pour protéger les greffes, par Mayer. (*Ibid.*)

Grippe. — La grippe en 1893, par Peter Eade. (*Lancet,* 30 septembre.) — L'épidémie de grippe, par Richardière. (*Union médicale,* 27 mai.) — L'épidémie d'influenza de 1889-90 et son influence sur le chiffre des naissances, par Stumpf. (*Münch. med. Woch.*, 26 et 27, pp. 495 et 518.) — La grippe en Turquie en 1893, par Limarakis. (*Rev. méd. pharm. Constantinople,* p. 34.) — Du microbe de la grippe et du diagnostic clinique et bactériologique de cette maladie, par Nastukow. (*Vratch,* 30 p. 825.) — Quelques points relatifs au bacille de l'influenza, par Bruschettini. (*Riforma medica,* 12 août.) — L'immunité expérimentale contre l'influenza, par A. Bruschettini. (*Ibid.*, 17 juillet.) — Infection par le streptocoque au cours de la grippe, par Hanot. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 21 juillet.) — De la coexistence de la grippe épidémique avec la rougeole et la scarlatine et de la présence simultanée de la rougeole et de la scarlatine chez un grand nombre de sujets, par V. Poulet. (*Bulletin général de thérap.*, 30 août.) — Grippe avec agitation maniaque terminée par la mort, par Martin. (*Soc. de méd. et chir. prat.*, 4 octobre.) — Obsessions survenues au cours de l'influenza, par Pailhas. (*Ann. méd. psych.*, novembre.) — La langue grippale, par Faisans. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 26 mai.) — Note sur deux cas de mort rapide au décours d'une broncho-pneumonie grippale, par Rendu. (*Ibid.*, 9 juin.) — Contribution à l'étude de l'expectoration dans la grippe à forme thoracique, par Richardière. (*Union médicale,* 13 juillet.) — Hémianopsie suite de grippe, par Gifford. (*Opht. record,* II, 11.) — Névrite optique suite de grippe, par Hartridge, Cross. (*Trans. opht. soc. unit. Kingdom,* XIII, p. 77.) — Grippe et chloro-anémie, phlébite bilatérale des deux membres inférieurs, gangrène du pied gauche, par Morlot. (*Bourgogne méd.*, avril.) — Le benzol dans la grippe, par Robertson. (*Lancet,* 11 novembre.)

Grossesse. — Influence des bactéries vaginales sur la grossesse, par Burckhart. (*Arch. f. Gynæk.*, XLV, 1.) — De la grossesse à un âge précoce, par Münder. (*Ibid.*, XLV, 1.) — Grossesse dite prolongée et rétention fœtale, par Marcopoulos. (*Thèse de Paris,* 16 nov.) — Grossesse de onze mois, par Bensinger. (*Cent. f. Gynæk.*, 2 septembre.) — Un cas de grossesse compliqué de pneumonie et d'empyème, par Craigin. (*Boston med. journal,* 14 septembre.) — Acès périnéphritique primitif dans la grossesse, par Frees. (*Cent. f. Gynæk.*, 21 octobre.) — De la néphrite des femmes gravides et parturientes, par Volkmar. (*Münch. med. Woch.*, 34, p. 637.) — Un cas de mort par vomissements incoercibles de la grossesse, par Ch. Patru. (*Rev. médic. Suisse romande,* XIII, p. 270.) — Un cas de rétroversion de l'utérus gravide, par Gallois. (*Dauphiné médic.*, septembre.) — Grossesse dans un utérus biloculaire, par Rocchi. (*Bulletino Società Lancisiana Roma,* juillet 1892, p. 174.) — Application de la méthode graphique pour les bruits du cœur fœtaux, par Hamilton. (*Americ. j. of obst.*, novembre.) — De l'auto-intoxication gravidique, par Germont. (*Thèse de Paris,* 16 novembre.) — De l'action des préparations de seigle ergoté, la cornutine, dans la grossesse, par Krohl. (*Arch. f. Gynæk.*,

XLV, 1.) — Des ruptures de la trompe gravide, par PILLIET. (*Progrès médical*, 7 octobre.) — Plaies par armes à feu de l'utérus gravide, par KEHR. (*Wiener med. Blätter*, 30.) — Etiologie de la grossesse extra-utérine, par WEBSTER. (*Edinb. med. j.*, novembre.) — De la grossesse extra-utérine, par A. MARTIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 29 mai, 5 et 12 juin.) — Un cas de grossesse extra-utérine, par A. ROBINSON. (*Deut. med. Woch.*, 8, p. 178.) — De la grossesse ectopique, par SCHRENCK. (*Inaug. diss. Jurgew.*) — Un cas de grossesse extra-utérine, par BAKER. (*Boston med. journ.*, 13 juillet.) — Sur la récidive de la grossesse extra-utérine, par MC KELWAY. (*Journ. americ. med. ass.*, 16 septembre.) — Grossesse extra-utérine, par CORDIER. (*Ibid.*, 16 septembre.) — Ectopie de la gestation, sa symptomatologie et son traitement, par HOFFMAN. (*Ibid.*, 16 septembre.) — Traitement de la grossesse extra-utérine avec enfant viable, 2 cas, par JOHNSON. (*Pan americ. med. cong.*, septembre.) — Grossesse extra-utérine, laparotomie, guérison, par HOUZEL. (*Bull. acad. méd.* et *Bull. méd.*, 28 juin.) — Remarques sur la laparotomie dans la rupture de grossesses tubaires, pendant les premiers mois de la grossesse, par GRAEFE. (*Münch. med. Woch.* 23, p. 433.)

Gymnastique. — De la gymnastique suédoise, par GEORG MUELLER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 10 avril.) —Manuel de gymnastique respiratoire, par HENRY HUGHES. (*Wiesbaden.*) — La gymnastique comme auxiliaire de l'éducation physique, par N. HAGMANN. (*Zeitschr. f. Schulg.*, VI, et *Hyg. Rundsch.* III, 13.)

Gynécologie. — Manuel des maladies des femmes, par J. OLIVER. (*Londres.*) — De l'enseignement gynécologique et obstétrical, par OLSHAUSEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 554, 5 juin.) — Les causes des maladies des femmes, par NOBLE. (*Journ. americ. med. ass.*, 16 septembre.) — Revue statistique des maladies des femmes, par BOURSIER. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er juin.) — — De l'ascite au point de vue gynécologique, par GUSSEROW. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 215, 27 février.) — De l'ichthyol en gynécologie, par ORLANDUCCI. (*Thèse de Paris*, 8 juin.) — L'ichthyol en gynécologie, par MAZZONI. (*Bulletino Societa Lancisiana Roma*, mai 1892, p. 107.) — Des injections et irrigations continues en gynécologie, par OZENNE. (*Bull. méd.*, 15 octobre.) — Note sur l'emploi du permanganate de potasse en gynécologie, par E. MONOD. (*Ann. policl. Bordeaux*, septembre.)

H

Helminthes. — De la filaire du sang, par DE SAUSSURE. (*Pan Americ. med. cong.*, septembre.) — Sur des embryons de filaire du sang de l'homme, par LAVERAN. (*Soc. de biol.*, 11 novembre.) — De la bilharzia hœmatobia, par BROCK. (*Journ. of path. and bact.*, II, 1.) — La découverte de la bilharzia hœmatobia, par SONSINO. (*Lancet*, 9 septembre.) — Anatomie et physiologie de l'œuf de la bilharzia, par BROCK. (*Idem.*) — Des ascarides lombrics, par ALSTON. (*Lancet*, 30 septembre) — Ascarides lombricoïdes; issue par l'ombilic, par VALUDE. (*France méd.*, 17, p. 257.) — Ankylostome chodénal chez un briquetier du grand-duché de Bade, par A. BERNHEIM. (*Deutsche med. Woch.*, 13, p. 305.) — Sur l'embolie des conduits biliaires

du cheval par les œufs de dystoma, par Galli-Valerio. (*Arch. per le sc. med.*, XVII, 2.)

Hémoglobinurie. — Hémoglobinurie ou bilirubinurie par ingestion de crème de tartre, par de Cérenville et Bourget. (*Revue médic. Suisse romande* XIII, 221.)

Hémorragie. — Ipécacuanha dans les hématémèses, par Burland. (*Lancet*, 14 octobre.) — De l'hémostase au point de vue aseptique et antiseptique, par Schwartz. (*Rev. gén. de clin.*, 36, p. 561.) — A propos du traitement des hémorragies de la paume de la main, par Rochard. (*Union médicale*, 12 septembre.) — Hémorragie ombilicale guérie par la ligature en masse du cordon, par Roccaz. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 juin.) — Hémorragies de la grossesse, leur traitement, par Polak. (*Pan americ. med. cong.*, septembre.) — Le placenta prœvia comme cause des hémorragies, par Stevenson. (*Ibid.*)

Hérédité. — L'hérédité normale et pathologique, par Sanson. (*Arch. gén. de méd.,* septembre.) — Influences héréditaires expérimentales, par Gley et Charrin. (*Soc. de biol.,* 4 novembre.)

Hernie. — De l'hydro-épiplocèle, par Duplay. (*Semaine méd.*, 15 novembre.) — Sur les hernies par pincement latéral de l'intestin, par Rich. Otte. (*Berlin. klin. Wochens*, p. 151, 6 février.) — Réplique, par C. Stern. (*Idem.*, p. 319, 27 mars.) — Des hernies étranglées, méthodes de traitement, par Kusmin. (*Ann. chir. russes*, 2.) — De la conduite à tenir dans les cas de hernie étranglée, par Gerster. (*Boston med. Journal,* 20 juillet.) — Cure radicale pour hernie étranglée chez un hémiplégique de 71 ans, par Charier. (*Bull. Soc. méd. d'Angers*, p. 75.) — Guérison radicale des hernies même chez les vieillards, méthode à lambeau fibro-périostique sans ouverture du péritoine, par Poullet. (*Lyon méd.*, 19 novembre.) — Discussion sur la cure radicale des hernies. (*Brit. med. Assoc*; *Brit. med. j.*, 11 novembre.) — Deux kélotomies, par Wold. (*Münch. med. Woch.*, 2, p. 394.) — Hernie congénitale du diaphragme; mort quatre heures après la naissance, par Hansemann. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 290, 20 mars.) — Étranglement crural à forme fruste, traitement des hernies gangrenées, par Delbet. (*Gaz. des hôp.*, 10 octobre.) — Hernie crurale étranglée. Kélotomie, cure radicale. Invagination par l'anneau crural, pendant la dissection du sac, d'une partie de la portion extra-péritonéale de la vessie, guérison, par Demoulin. (*Union médicale*, 19 août.) — Hernie crurale droite étranglée contenant l'appendice vermiforme perforé et une partie du cœcum. Hernie, laparotomie. Résection du sac herniaire perforé. Drainage de la cavité abdominale. Guérison, par Krœnlein. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 147, 15 février.) — Opération radicale d'oschéocèle avec castration; pas de récidive depuis sept ans, par Gelpke. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 182, 1er mars.) — Hernie inguinale gauche volumineuse, par Lewin. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 juillet.) — Cure radicale de la hernie inguinale et crurale, par Lockwood. (*Lancet*, 25 novembre.) — La hernie ombilicale congénitale de l'adolescent et de l'adulte, par Jaboulay. (*Lyon méd.*, 8 octobre.) — Méthode de cure radicale des grosses hernies ombilicales, par Gersuny. (*Cent. f. Chir.*, 28 octobre.) — Des hernies retro-péritonéales; revue, par Manski. (*Münch. med. Woch.,* 23 et 24, p. 435 et 454.) — Hernie scrotale comprenant presque tout le tube digestif y compris l'estomac, par Lewin. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 juillet.)

Histologie. — Instruction technique pour le diagnostic microscopique, par

Seiffert. (*Leipzig.*) — Microscopie et chimie au lit des malades, par H. Lenhartz. (*Berlin.*) — Guide pratique d'histologie morbide, par Oskar Israel. (*Berlin.*) — Obtention et coloration des préparations microscopiques, par Aufrecht. (*Centralbl. f. allg. Path.*, 24 août.) — Sur quelques résultats obtenus par une modification du procédé de coloration de Weigert, par Bencke. (*Ibid.*, 28 juillet.) — Une disposition permettant de colorer à la fois un grand nombre de préparations sèches, par R. Kutner. (*Deutsche med. Woch.*, 6, p. 128.) — Méthode de coloration multiple; contribution à la technique histologique, par Cavazzani. (*Riforma medica*, 31 août.) — Sur la structure du tissu réticulé, par Demoor. (*Arch. de biol.*, XIII, 1.)

Hôpital. — L'hôpital Hasseki à Constantinople, par Artaud. (*Lyon méd.*, 19 novembre.) — Note sur un projet de petit hôpital, par H. Laffilée. (*Rev. d'hyg.*, XV, 235.) — Le nouvel hôpital général de Hambourg à Eppendorf, par Zimmermann et Ruppel. (*Hyg. Rundsch*, III, 7, p. 314.) — Importance des établissements fermés pour le traitement des phtisiques, emplacements qui leur conviennent, par Julius Nathan. (*Die Fortscritte der œffentl. Gesund.*, I et *Hyg. Rundsch.*, III, 7, p. 314.) — L'hôpital de Pulda sous le rapport sanitaire, par Justus Schneider. (*Deuts. Viert. f. œff. Ges.*, XXV, 207.) — L'hôpital et l'éducation médicale, par Hurd. (*Boston med. Journal*, 10 août.)

Hydatide. — Hydatides intra-craniennes avec hémiplégie, par Clarke. (*Brain*, 63.) — Kyste hydatique du cerveau, par Siraud. (*Lyon méd.*, 19 novembre.) — Kyste hydatique du médiastin perforant la paroi thoracique, par Rose. (*Lancet*, 25 novembre.) — Kyste hydatique multiloculaire primitif de la plèvre, ouverture large avec résection costale et drainage, guérison, par J. Reboul. (*Gaz. des hôp.*, 16 novembre.) — Kystes hydatiques du mésentère du foie, par Brunet. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 25 septembre.) — Kyste hydatique du foie avec frémissement seulement pendant la toux, par Litten. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 433, 1er mai.) — Traitement des kystes hydatiques du foie, par Crocq. (*Progrès médical*, 5 août.) — Traitement des kystes hydatiques suppurés, par Tillaux. (*Tribune médicale*, 8 juillet.) — Huit cas de kystes hydatiques de l'abdomen traités par l'incision et le drainage, par Llobet. (*Rev. de chir.*, octobre.)

Hygiène. — Les progrès de l'hygiène à travers les âges, par Proust. (*Progrès médical*, 27 mai.) — La protection de la santé publique. Projet de loi, par Langlet. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIX, 145, février.) — La loi sur la protection de la santé publique, par Laurent. (*Normandie méd.*, 15 août.) — Les institutions sanitaires dans la république Argentine, par Padilla. (In-8°, 222 p., *Buenos-Ayres.*) — La conférence sanitaire internationale de Dresde, par L. Arnaud. (*Rev. d'hyg.*, XV, p. 465.) — L'outillage sanitaire de la ville de Paris, par A.-J. Martin. (*Ibid.*, XV, p. 289.) — Les exigences de l'hygiène en ce qui touche les villes d'eaux, par Weissenberg, et vote du 15e congrès des balnéologistes. (*Berlin. klin. Wochens.*, 3 avril). — L'hygiène dans les petites villes. Étude faite à Évreux, par G. Carlier. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIX, p. 385 et XXX, p. 150.) — Instruction à l'usage des brigades de désinfecteurs des communes de la Seine. (*Ibid.*, 3e série, XXIX, p. 492.) — Moyens de coloniser les pays tropicaux, en dépit de leur insalubrité, par E. Reyer. (*Hygienische. Rundsch.*, III, 9, p. 382.) — Sur la médecine sanitaire, par Gihon. (*Journal Americ med. Ass.*, 30 septembre.) — Sur la condition sanitaire de Boston, par Durgin.

(*Boston med. Journal*, 21 septembre.) — Statistique médicale de la ville de Wurzbourg pour 1891, par Röder. (*Verhandl. phys. med. Ges. Würzburg*, XXVII, 1.) — L'enseignement de l'hygiène dans les écoles normales d'instituteurs, par H. Schiller. (*Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege* 1892 et *Hyg. Rundsch.*, III, 3.) — L'institution des médecins scolaires en Hongrie, par H. Schuschny. (*Hyg. Rundsch.*, III, 3, p. 125.) — L'émigration aux États-Unis; le voyage, l'arrivée à New-York, par L. Delarue. (*Rev. d'hyg.*, XV, 174.) — De la consanguinité au point de vue médical, par Regnault. (*Gaz. des hôp.*, 2 septembre.) — Critique du projet de loi allemand sur les épidémies, par Ferdinand Hueppe. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er et 8 mai.) — De la durée de l'isolement nécessaire des enfants des écoles atteints de maladies contagieuses, par Ollivier. (*Bull. Acad. méd.*, 25 juillet.) — Graphiques du mode d'extension des diverses maladies infectieuses contagieuses, par Reger. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 554, 5 juin.) — Sur les quarantaines, par Sedgwick. (*Boston med. journal*, 24 août.) — Communication sur les lumières au zircone et au magnésium et sur l'emploi de gaz transportables sous hautes pressions dans la pratique hygiénique et médicale, par Schrauth. (*Münch.med. Woch.*, 16, p. 301.) — Le médecin des écoles; attributions du médecin municipal à Francfort-sur-Mein, par A. Spiess. (*Deut. Viert. f. œff. Ges.*, XXV, 222.) — Influence des variations hygrométriques de l'air chaud sur l'organisme, par Rubner. (*Arch. f. Hyg.*, XVI et *Hyg. Rundsch.*, III, 8, p. 334.) — Poêle en faïence pour ouvriers avec système de chauffage amovible pour l'hiver et ventilation, par P. Schimpke. (*Ges. Ingen.*, 1 et *Hyg. Rundsch.*, III, 11, p. 516.) — Nouvelles recherches sur les produits de la combustion du coke dans le brasero, par Gréhant. (*Soc. de biol.*, 28 octobre.) — Combustible sans fumée (briquettes de poussier de charbon additionné de carbonate de chaux pulvérisé et de manganèse et aggloméré par poix, par Steinthal. (*Fortschritte der œff. Gesund.*, I et *Hyg. Rundsch.*, III, 10, p. 461.) — Procédé de chauffage économique. (*Hyg. Rundsch.*, III, 122.) — Insalubrite du poêle de Nieski, par Camillo Terni. (*Arch. f. hyg.*, XVI et *Hyg. Rundsch.*, III, 6, p. 263.) — Note sur une modification au système de l'aération automatique par les vitres parallèles, par J.-A. Dardignac. (*Rev. d'hyg.*, XV, 204.) — Recherche de l'oxyde de carbone dans l'air des lieux chauffés, par Camille Terni. (*Rev. d'hyg.*, XV, p. 377.) — Conditions hygiéniques d'une école turque à Salonique et d'un collège arménien à Constantinople, par L. Kotelmann. (*Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege* VI, et *Hyg. Rundsch.*, III, 3, p. 130.) — Qualités sanitaires requises des appareils de chauffage pour bâtiments scolaires, par E. Voit. (*Zeitschs. f. Schulges.*, VI et *Hyg. Rundsch.*, III, 13.) — Pétition de la section d'hygiène de l'Association des Instituteurs berlinois sur les moyens d'éviter la poussière dans les leçons de gymnastique scolaire. (*Ibid.*, V et III, 12, p. 555, 15 juin.) — Degré de viciation de l'air des écoles communales de Berlin, par l'acide carbonique, par E. Gillert. (*Ibid.*, VI et III, 13.) — Ventilation et chauffage des écoles par les calorifères à air chauffés par la vapeur à basse pression, par A. Beraneck. (*Hyg. Rundsch.*, III, 13, p. 610.) — Conditions hygiéniques des écoles rurales et des écoliers du cercle d'Isenhagern, par M. Langerhans. (*Zeitschr. f. Medicinalb.*, VI et *Hyg. Rundsch.*, III, 11, p. 501.) — Des bains douches dans les écoles de la ville de Paris, par O. du Mesnil. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIX, 546, juin.) — Compte rendu de l'Assemblée générale du comité central pour favoriser les jeux scolaires et populaires en Allemagne. (*Deut. Viert. f. œff. Ges.*, XXV, 325.) — Exercices physiques; gymnastique et sport, par J. Rochard. (*Union médicale*, 20 juin.) — Appareil de Muller pour redresser la tête des écoliers, par Hosch. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er avril.) — Siège hygiénique

scolaire, par SCHINDLER-ROCHAT. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 179, 1er mars.) — De l'assainissement des campements de forains dans la ville de Paris, par O. DU MESNIL. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIX, 247.) — De l'hygiène du peintre en bâtiments, par MARTIN-DURR. (*Gaz. méd. Paris,* 22 juillet.) — Les logements ouvriers modèles de Gothenbourg, par HJALMAR WALLQUIST. — *Idem*, par ERNEST ALMQUIST. (*Hyg. Rundsch.*, III, 10, p. 472.) — Enquête sur les conditions hygiéniques des logements de la classe ouvrière à Nuremberg, par HANS HESS. (*Ibid.*, III, 11, p. 515.) — Expériences sur la viciation de l'atmosphère causée dans les lieux habités par la perméabilité des planchers, par V. BUDDE. (*Zeitschr. f. Hyg.*, XII et *Hyg. Rundsch.*, III, 8, p. 363.) — Inconvénients sanitaires de l'habitation de logements humides; leurs remèdes, par ASCHER. (*Deut. Viert. f. œff. Ges.*, XXV, 178.) — Les différents étages de maisons au point de vue de l'hygiène, par E.-H. HOFFMANN. (*Fortschritte der œffentl. Ges.*, I et *Hyg. Rundsch.*, III, 10, p. 460.) — Logements insalubres à Berlin. (*Grundbescher-Zeitg*, XI et *Hyg. Rundsch.*. III, 9, p. 400.) — Les lunettes d'atelier, par HENRI MAMY. (*Rev. d'hyg.,* XV, 123 et 145, février.) — Rapport sur l'état sanitaire de la prison départementale de Bordeaux, par GELLÉE. (*Gaz. des hôp.*, 31 août.) — Conseil supérieur d'hygiène de Belgique. Règles pour la construction des hôpitaux ruraux. (*Mouvem. hygiéniq.*, IX, 69.) — La désinfection des habitations infectées par des tuberculeux, par DELEPINE et RANSOME. (*Brit. med. j.*, 4 novembre.) — L'éclairage artificiel des amphithéâtres et des salles d'opération, par H. COHN. (*Deutsche med. Wochens,* 26, p. 621.) — Le pavage en bois pendant les chaleurs de l'été, par ROCHARD. (*Union médicale*, 29 août.) — Est-il possible de laisser livrer à la consommation un produit alimentaire pouvant contenir de 20 à 40 0/0 de glycérine? Rapport de RICHE. (*Ann. d'hyg. publ.*, 3e série, XXIX, p. 479.) — Ordonnance saxonne du 17 décembre 1892, sur la vente de la viande et de la graisse d'animaux malades. (*Zeitschr. f. Fleisch und Milch. hyg.*, III et *Hyg. Rundsch.*, III, 10, p. 467.) — La viande, son inspection et ses inspecteurs, par CH. MOROT. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIX, 118, février.) — Arrêté royal belge du 30 janvier 1893 et circulaire ministérielle du 1er février, relatifs à la fabrication et à la vente des vinaigres et de l'acide acétique destiné à leur préparation. (*Mouvement hygiéniq.*, IX, 64.) — Sur les extraits concentrés de café, par A. DOMERGUE. (*Rev. intern. des falsifications*, V.) — Documents analytiques pour l'étude du thé, par A. DOMERGUE et NICOLAS. (*Ibid.*, V.) — Dangers des légumes conservés reverdis au cuivre, par HENRY KENWOOD. (*Deut. Viert. f. œff. Ges.*, XXV, p. 307.) — Ordonnance de police de la ville de Breslau (4 octobre 1892) touchant le nettoyage et le lavage des verres à boire dans l'eau courante. (*Hyg. Rundsch.*. III, 7, p. 325.) — Caractères permettant de reconnaître les animaux et les viandes de boucherie de bonne ou de mauvaise qualité, par BAILLET. (*Arch. de méd. nav.*, novembre.) — Contribution à l'étude scientifique de la maturation des fromages, par FRITZ BAUMANN. (*Thèse Kœnigsberg.*) — La teneur en salpêtre des viandes salées et le processus de saumure, par FR. NOTHWANG. (*Arch. f. Hyg.*, XVI et *Hyg. Rundsch.*, III, 5, p. 227.) — Des bidons et des vases de cuisine en aluminium, par PLAGGE. (*Deutsche militaerztl. Zeitschr.*, XXI et *Hyg. Rundsch.*, II, 904.) — Résultats d'expériences sur la destruction des charognes dans l'étuve du stérilisateur de De La Cour, par LIEBE. — *Idem*, par BEYERSDŒRFER. — *Idem*, par SCHMALTZ. (*Hyg. Rundsch.*, III, 8, p. 364.) — Statistique des abattoirs prussiens pour 1891-1892, par SCHMALTZ. (*Berlin. thieraerztl. Wochens* 1892 et *Hyg. Rundsch.*, III, 6, p. 265.) — Arrêté royal belge du 23 mai 1893 portant réglementation des clos d'équarissage et leur interdisant la vente de la viande des animaux abattus. (*Mouvem. hygiéniq.*, IX, 280.) — Extrait du rapport des inspec-

teurs des manufactures pour 1891. (*Hyg. Rundsch.*, III, 141 et 143.) — Règlement municipal de Leipzig concernant l'installation des cabinets et fosses d'aisance (1er janvier 1890). (*Hyg. Rundsch.*, III, 6. p. 279.) — Conditions pour éviter le reflux de l'eau et des gaz dans les maisons reliées au réseau d'égouts, par E. Lisner. (*Hygienische Rundsch.*, III, 5, p. 225.) — Les urinoirs de Vienne à siphon contenant de l'huile, par May. (*Hyg. Rundsch.*, III, 7, p. 813.) — Le système de vidanges de Gothembourg, par Ernest Almquist. (*Hygiea* et *Hyg. Rundsch.*, III, 8, p. 363.) — Nouveau système de vidanges supprimant complètement les fosses et l'envoi des matières fécales à l'égout, par Bourdaret. (In-8°, 45 p., *Lyon.*) — De la meilleure disposition des sièges des cabinets d'aisance, par S. Steinthal. (*Fortschritte der œff. Gesundheitspfleg.*, I et *Hyg. Rundsch.*, III, 5, p. 225.) — Les vidanges d'Amsterdam, par Chappet. (*Lyon médical*, 17 septembre.) — Le stérilisateur pour crachats de Kirchner; avantages d'employer des crachoirs résistant à la chaleur, par Ludwig Heim. *Hyg. Rundsch.*; III, 11, p. 513.) — Etat actuel de la crémation en France, par Georges Salomon. (*Rev. d'hyg.*, XV, 520.) — La fabrication des allumettes en Suisse, par C. Buchrer. (*Chem. Zeit.*, XVI et *Hyg. Rundsch.*, III, 8, p. 372.) — Cosmétiques dangereux, par Van Hamel Roos. (*Rev. intern. des falsif.*, VI.) — Statistique des victimes d'explosions de chaudières à vapeur en Allemagne pour l'année 1891. (*Chem. Zeit.* XV, et *Hyg. Rundsch.*, III, 9, p. 419.) — Rapport au conseil de salubrité de la Seine sur l'installation de l'éclairage électrique dans les distilleries, par Bunel. (*Rev. d'hyg. publ.*, 3e série, XXIX. p. 480.) — Circulaire ministérielle prussienne relative à l'éclairage artificiel des établissements d'instruction publique. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 416, 24 avril.)

Hypnotisme. — Le merveilleux et la suggestion dans l'histoire, par Corre et Laurent. (*Rev. scientif.*, 16 septembre.) — De la visibilité directe des effluves cérébraux, par J. Luys. (*Ann. de psych.*, août, p. 225.) — Nouveau procédé rapide de métalloscopie à l'aide d'un sujet hypnotisé, par Moricourt. (*Ibid.*, août, p. 230.) — Double personnalité, par Mason. (*Journ. of nerv. dis.*, septembre.) — Suggestion à l'état de veille, par Brunschvig. (*Normandie méd.*, 15 septembre.) — Crises de rétension d'urine datant de plusieurs semaines et guéries instantanément chez un sujet hystérique, à l'aide d'un transfert suggestif, par Luys. (*Gaz. des hôp.*, 10 octobre.)

Hystérie. — L'état mental dans l'hystérie, par Blocq. (*Gaz. des hôp.*, 26 novembre.) — Un cas d'automatisme ambulatoire hystérique, par Régis. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 juin.) — Accidents nerveux collectifs débutant brusquement dans une école de filles par contagion mentale, par S. Rembold. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 juillet.) — Épidémie de crampes hystériques dans une école, 20 cas sur 38 enfants, par Hirt. (*Ibid.*, 12 décembre.) — Observation d'hystérie chez l'homme, par Pershing. (*Med. News*, 23 septembre.) — L'hystérie chez l'homme, une observation rétrospective, par Talamon. (*Médecine moderne*, 20 septembre.) — De l'hystéro-neurasthénie traumatique, railway-spine, par Blum. (In-8, 171 p., *Paris.*) — De l'hystéro-neurasthénie traumatique, par Blum. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Aphonie et surdité hystériques, par F. Ingalls. (*Pan Americ. med. cong.*, septembre.) — Sur le traitement du mutisme hystérique, par R. Kayser. (*Therapeut. Monats.*, p. 500, octobre.) — De la paralysie faciale hystérique, par Chouppe. (*Bull. méd.*, 13 septembre.) — Hémiplégie hystérique générale, par Ferrand. (*Soc. méd. des hôpitaux*,

16 juin.) — Hémiplégie hystérique d'origine traumatique. Atrophie musculaire, par Rendu. (*Union médicale*, 8 juillet.) — Tremblement et anorexie hystériques graves, par Lloyd. (*Americ. j. of med. sc.*, septembre.) — Des tremblements hystériques, par Delmas. (*Journ. méd. Bordeaux*, 1er octobre.) — Tremblement hystérique, par Bastianelli. (*Bullettino Societa Lancisiana degli Ospedali Roma*, p. 13.) — Des dissociations du tabes et de l'hystérie, par Rouffilaugé. (*Thèse de Paris*, 17 novembre.) — Un cas de fièvre intermittente d'origine hystérique, par de Coquet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 septembre.) — Automutilations chez une hystérique, par Schimmelbusch. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 novembre.)

I

Idiotie. — L'étiologie de l'idiotie, par Piper. (*Berlin.*) — Des fibres tangentielles du cerveau chez les idiots, par Klinke. (*Arch. f. Psychiat.*, XXV, 2.) — Cas d'idiotie symptomatique d'une atrophie de l'hémisphère gauche, par Menereul. (*Ann. méd. psych.*, novembre.)

Impétigo. — De l'impétigo, par Thibierge. (*Union médicale*, 31 août.) — Note sur un cas d'impétigo contagiosa, par Huguet. (*Mercredi médical*, 25, p. 297.)

Infection. — Des infections pyocyaniques, par Krannhals. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 1 et 2.) — De l'auto-défense de l'organisme contre les germes infectieux dans ses rapports avec les suppurations, par Bernabeo. (*Ann. de microg.*, juillet.) — Un cas d'infection à staphylocoques dorés, par Robin et Leredde. (*Arch. de méd. exp.*, V, 5.) — Les principes de l'immunité et la guérison dans les maladies infectieuses, par Vaughan. (*Med. News*, 7 octobre.) — Des infections chirurgicales, par Schwartz. (*Rev. gén. de Clin.*, 24, p. 371.)

Injection. — A propos de la vitesse toxique des injections, par Dastre. (*Soc. de biol.*, 28 octobre.) — Action des injections hypodermiques de liquides non toxiques sur l'appareil circulatoire, par Chéron. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — De l'action réelle des injections de liquides organiques, par Baudin. (*Ibid.*) — Sur les effets des injections séquardiennes, par Mossé. (*Ibid.*) — Expériences additionnelles sur l'usage et l'avenir des injections hypodermiques, par Moyer. (*Journal Americ. med. Ass.*, 7 octobre.) — Les liquides organiques employés dans la méthode Brown-Séquard, par Bourget. (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, p. 273.) — Injections de liquide testiculaire, par Coquet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 27 août.) — Injections de suc testiculaire, par Rusconi. (*Gazz. medica Lombarda*, 29 juin.) — 2 obs. d'injections de sérum artificiel, par Peillon. (*Lyon méd.*, 12 novembre.) — Ataxie locomotrice traitée par les injections phosphatiques, par Winslow. (*Lancet*, 18 novembre.) — De la valeur pratique des injections de solution saline dans l'anémie aiguë, par Ostermann. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Sur l'emploi du sublimé corrosif en injections intra-veineuses, par R. Jemma. (*Riforma medica*, 18 juillet.)

Insolation. — Étude sur les accidents d'origine thermique, insolation, coup de chaleur et thermo-héliorie, par Saguet. (*Thèse de Paris*, 22 novembre.) — Troubles oculaires par insolation, 2 cas, par Hansell. (*Med. News*, 28 octobre.)

Intestin. — Sur les variétés de l'appendice vermiforme, du cæcum et de la

valvule iléo-cæcale, par STRUTHERS. (*Edinb. med. journ.*, octobre.) — Des rapports entre l'alcalinité du sang et l'absorption intestinale, par CASTELLINO et CAVAZZANI. (*Gazz. degli Ospit.*, 1er juillet.) — Les types d'affections gastro-intestinales prédominant à New-York, par CRANDALL. (*N.-York med. j.*, 21 octobre.) — Du diagnostic de l'entéroptose, par MONTEUUIS. (*Rev. gén. de Clin.*, 34, p. 530.) — De la diarrhée et de son traitement, par PICK. (*Cent. f. ges. Therapie*, octobre.) — Le dermatol dans les maladies de l'intestin, par CARUSO-PECORARO et S. TOMASINI. (*Arch. di farmac. e terapeutica*, 3, p. 73.) — Ulcère circulaire du duodénum, section complète de l'intestin, péritonite enkystée, puis généralisée, par MEUNIER. (*Soc. anat. Paris*, 21 juillet.) — De la compression du duodénum et des accidents qui en résultent, par BRON. (*Thèse de Paris*, 22 novembre.) — De l'appendicite au point de vue médical, par ELIOT. (*Boston med. Journ.*, 14 septembre.) — De l'appendicite suppurée, par LAIDLEY. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 5 août.) — De l'appendicite : ce qui est et ce qui n'est pas du domaine chirurgical, par HOFFMAN. (*Ibid.*, 5 août.) — Sur un cas d'appendicite perforante à symptômes insolites, par E. CABANES. (*N. Montpellier méd.*, 4, p. 618.) — Pathologie de la pérityphlite, par HAWKINS. (*St.-Thomas's hosp. Rep.*, XXI, p. 67.) — Un cas de typhlite ou appendicite causé par des ascarides, par GOURAUD et MARTIN-DURR. (*Gaz. des hôpit.*, 11 juillet.) — Sur les rapports du bacterium coli avec l'appendicite, par Ryerson FOWLER. (*N.-York med. j.*, 14 octobre.) — Appendicite infectieuse, par MORRIS. (*Annals of surg.*, octobre.) — Discussion sur le traitement de l'appendicite. (*N.-York state med. Assoc.*, 9 octobre.) — Traitement des appendicites, par RECLUS. (*Gaz. des hôp.*, 12 octobre.) — Traitement chirurgical de la pérityphlite, par LAUENSTEIN. (*Deutsche med. Woch.*, 19, p. 450.) — Traitement chirurgical de la pérityphlite, par KÜMMEL. (*Ibid.*, 19, p. 452.) — Étude d'après 110 cas de laparotomies pour appendicite, par MURPHY. (*Pan Americ. med. congress*, 7 septembre.) — De l'ablation de l'appendice vermiforme entre deux attaques d'appendicite récidivante, par CABOT. (*Boston med. Journal*, 27 juillet.) — Du traitement des perforations traumatiques de l'intestin sans lésion des parois abdominales, par KYEWSKI. (*Gaz. Lekarska*, 22.) — Des blessures de l'intestin par coup de pied de cheval, par NIMIER. (*Arch. de méd. milit.*, novembre.) — Abcès intestinal aigu, laparotomie, guérison, par CLARKE. (*Lancet*, 16 septembre.) — Malformation congénitale de l'intestin grêle, par BROUSSOLE. (*Bourgogne méd.*, 1er avril.) — Malformation rare du gros intestin, étranglement mortel, par STRAHAN. (*Lancet*, 18 novembre.) — Recherches expérimentales sur la guérison des résections intestinales par le procédé de Czerny-Lembert, par RINDFLEISCH. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 3.) — Nouvelle méthode de suture intestinale, par CONNELL. (*Journal Americ. med. Ass.*, 29 juil.)—Sur un cas heureux de suture intestinale bout à bout, par SAPPEY. (*Ibid.*, 29 juillet.) — Nouveau procédé de résection intestinale, par MORISON. (*Brit. med. j.*, 11 nov.) — Deux cas d'entérectomie : (1° invagination; 2° adénocarcinome), par HASLER. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 juin.) — Du traitement des deux bouts de l'intestin réséqué au cours d'une opération, par THIRIAR. (*Gaz. hebd. de Paris*, 28, p. 293, et *Ann. soc. belge chir.*, 15 juin.) — Sarcome kystique de la partie supérieure du mésorectum et du méso de l'*S* iliaque, par THIRIAR. (*Gaz. hebd. Paris*, 20, p. 231.)

Iris. — Iritis gommeuse à la période secondaire de la syphilis, par BAQUIS. (*Ann. di ottalm.*, XXII, 243.) — Iridochoroïdite croupale, par ALT. (*Americ. j. of opht.*, X, 5.) — Kystes de l'iris, par MORTON et JULER. (*Trans. opht. Soc. Unit. Kingdom*, XIII, p. 58.)

L

Lacrymal (App.). — Hypertrophie des deux glandes lacrymales amenant l'occlusion de la fente palpébrale, par Sandford. (*Trans. opht. Soc. Unit. Kingdom,* XIII, p. 22.) — Panophtalmite consécutive à une affection du sac lacrymal, par Rockliffe. (*Ibid.*, p. 24.) — Un cas de tuméfaction symétrique des glandes lacrymales et parotidiennes, par Debierre. (*Rev. gén. d'opht.*, XII, 10.) — Dacryoadénite rhumatismale, par Lagrange. (*Ann. policl. Bordeaux*, septembre.) — Sur mon procédé pour la cure rapide de la dacryocystite, par Guaita. (*Ann. di ottalm.*, XXII, 2 et 3.) — Traitement rapide de la dacryocystite, par Denti. (*Gaz. degli ospitali*, 25 juillet.) — Le raclage du sac lacrymal, par H. Verneuil. (*La Policl. Bruxelles*, 15 juillet.) — Dacryolithe de 6 centimètres de long sur 3 d'épaisseur extrait du canalicule inférieur, par Verrey. (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, 220.)

Lait. — De l'influence des poisons minéraux sur la fermentation lactique, par Chassevant et Richet. (*Acad. des sc.*, 13 nov.) — Action des sels métalliques sur la fermentation lactique, par Chassevant. (*Thèse de Paris*, 22 nov.) — La butyrométrie par mélange acide, une méthode universelle pour doser la graisse du lait et de ses dérivés, par N. Gerber. (*Zeitschr. f. Fleisch. und Milchhyg.*, III, et *Hyg. Rundsch.*, III, 412 et 614.) — Le lait comme aliment, par Luettig. (*Deut. Viert. f. œff. Ges.*, XXV, 235.) — Analyse du lait et de ses dérivés, par Leffmann et Beam. (*Philadelphie.*) — De la manutention du lait chauffé dans les laiteries, par Popp et Becker. (*Hyg. Rundsch.*, III, 12, page 530.) — Altération spontanée, stérilisation et falsification du lait, par Rochard. (*Union médicale,* 1er août.) — La stérilisation du lait dans la clientèle, par Gillet. (*Rev. gén. de clin.*, 33, p. 520.) — Histoire clinique, nature et traitement de la maladie du lait, par Howell Way. (*Americ. j. of med. sc.*, sept.) — Epidémie de catarrhe gastro-intestinal dû au lait, par Nils Englund. (*Upsala Läkare. förhandl.*, 1892, et *Hyg. Rundsch.*, III, 9, p. 411.)

Langue. — Spasme réflexe de la langue, par Gallerani et Pacinotti. (*Neurol. Centralb.*, 15 juillet.) — Glossite aiguë idiopathique, par Wagner. (*N. York med. Record,* 21 oct.) — Papillite linguale, par Duplaix. (*Gaz. des hôp.*, 24 oct.) — Des tumeurs de la langue, par Lange. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 3.) — Fibro-sarcome de la base de la langue, par Onodi. (*Rev. de laryng.,* 15 oct.) — L'épithélioma de la langue, son traitement, par Lane. (*Pan americ. med. Cong.*, sept.) — Traitement des épithéliomas de la langue, par Reclus. (*Gaz. hebd. Paris*, 9 septembre.) — Extirpation de la langue, d'une partie de l'amygdale et du voile du palais avec désarticulation préalable d'une des branches montantes de la mâchoire, ligatures des artères linguale gauche et carotide externe droite pour cancer. Récidive ganglionnaire inopérable trois mois plus tard, par E. Kummer. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIII, 375.)

Laparotomie. — Cinq cas de laparotomie, par Waite. (*Americ. J. of Obst.*, oct.) — Compte rendu de quatre-vingts laparotomies pratiquées pour des tumeurs des organes génitaux de la femme, par Finotti. (*Wiener med. Presse*, 8 octobre.) — Cent opérations d'affections abdomino-pelviennes chez la femme, par Stone. (*N. York med. j.*, 21 oct.) — Du traitement des malades après la cœliotomie, par Fleming. (*Journal americ. med. Ass.*,

2' sept.) — Le traitement secondaire dans la cœliotomie; du choc, de la septicémie, par Boise. (*Pan americ. med. Cong.*, sept.) — De l'ascite et de son traitement chirurgical par la laparotomie, par G. Arcelaschi. (*Il Morgagni*, avril, p. 194.) — La technique moderne des laparotomies, par Döderlein. (*Deutsche med. Woch.*, 21, p. 495.) — Utilité des sutures métalliques dans les laparotomies (170) et la cure radicale des hernies (270 cas), par Schede. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 juin.) — La suture abdominale après la laparotomie, par Ratchinsky. (*Ann. de gyn.*, sept.) — De la réunion immédiate secondaire au moyen de fils d'attente de la plaie de laparotomie au niveau de l'ouverture nécessitée par le drainage abdominal, par Fabre. (*Ann. de gynéc.*, oct.) — Perfectionnement apporté au pansement de Mikulicz, par Fabre. (*Lyon méd.*, 1er oct.) — Eventration, suite de laparotomie; ses causes et les moyens de la prévenir, par Marcy. (*Journal americ. med. Ass.*, 2 septembre.) — Laparotomie pour pyosalpinx, fistule stercorale, par Hinkson. (*N. York med. j.*, 4 nov.)

Larynx. — L'otologie et la laryngologie dans les cliniques de Vienne, par Collet. (*Province méd.*, 36.) — Cliniques et policliniques de laryngologie, otologie et rhinologie en Autriche, Allemagne, Angleterre, par Maurel. (*Thèse de Paris*, 9 nov.) — Résultats pour l'organe vocal de mauvaises méthodes de chant, par Curtiss. (*Pan americ. med. Cong.*, sept.) — Les maladies de la bouche, de la gorge et du larynx, par Rosenberg. (329 p. *Berlin.*) — De la fonction du muscle crico-thyroïdien, par Onodi. (*Rev. de laryng.*, 15 sept.) — Nouvel appareil pour photographier le larynx, par Musehold. (*Deutsche med. Woch.*, nº 12, p. 274.) — Démonstration d'images laryngoscopiques, au moyen de la projection directe, par Killian. (*Münchener med. Woch.*, 7 fév.) — Larynx pulsatile par anomalie des vaisseaux, par Litten. (*Soc. de méd. int. Berlin*, 6 nov.) — Laryngite hiémale, forme de laryngite avec croûtes, survenant l'hiver, par Mulhall. (*N. York med. j.*, 14 oct.) — Guérison spontanée d'une laryngite tuberculeuse ulcéreuse, par Grayson. (*Med. News*, 4 nov.) — Obs. de laryngite tuberculeuse traitées aux stations de Colorado, par Solly. (*Pan americ. med. Cong.*, sept.) — Obs. d'ulcération tuberculeuse du larynx traitées par la méthode de Krause, par Murray. (*Ibid.*) — L'emploi des formates dans les ulcérations pharyngées et laryngées, par Sharly. (*Ibid.*) — Tumeurs tuberculeuses du larynx, par Hajek. (*Int. klin. Rundschau*, 37.) — Hémorragie sous-muqueuse à répétition des cordes vocales inférieures, par Poyet. (*Rev. de laryng.*, 1er sept.) — Un cas de phlegmon laryngo-pharyngé dans le typhus exanthématique, par Villecourt. (*Gaz. des hôp.*, 10 oct.) — Contribution à la théorie de l'érysipèle laryngé primaire, par J. Herzfeld. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXIII, 1.) — Abcès du larynx, par Brown. (*New York med. Record,* p. 196, 12 août.) — Abcès du larynx, influenza et pleuro-pneumonie consécutives, par Moll. (*Ann. mal. de l'or.*, oct., p. 898.) — — Abcès péri-laryngé d'origine vertébrale, mal de Pott cervical, asphyxie, trachéotomie, mort, par Gouguenheim. (*Ann. mal. de l'or.*, oct., p. 896.) — Des lésions laryngoscopiques dans la névrose traumatique. Réponse à H. Burger, par B. Holz. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 265, 13 mars.) — Schémas de névroses de motilité hypokynétiques du larynx, par Wagner. (In-8°, *Leipzig.*) — Névroses laryngées après quelques opérations gynécologiques, par Ferreri. (*Arch. ital. di otol.*, I, 2.) — Un cas d'hystérie laryngée, par Moskovitz. (*Pester med. chir. Presse*, 23.) — Aphonie hystérique, par Scheppegrell. (*Med. News*, 16 sept.) — De l'influence des tractions linguales sur certaines aphonies nerveuses, par Desvernine. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Un cas d'ictus laryngé, par Chavannaz. (*Journ. méd. Bordeaux,* 25 juin.) — Spasme glottique complet chez l'adulte suivi d'in-

conscience prolongée, par Porcher. (*N. York med. journ.*, 26 août.) — Phénomènes laryngés et lésions articulaires chez une ataxique, par Chavannaz. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 juillet.) — Paralysie du nerf récurrent chez un enfant par compression ganglionnaire scrofuleuse, par Finlayson. (*Arch. of pediat.*, sept.) — Sur un cas de névrose périphérique diffuse des deux récurrents, consécutive à une fièvre typhoïde, amélioration par l'électricité, par Thomas. (*Rev. de laryng.*, 15 oct.) — Recherches expérimentales sur les paralysies du larynx, par A. Onodi. (Voy. *R. S. M.*, XLI, 310.) (*Berlin. klin. Woch.*, 3 juillet et suiv.) — Réclamation à propos du travail d'Onodi, par Neuman. (Voy. *R. S. M.*, XLII, 412.) (*Ibid.*, 11 septembre.) — Réponse d'Onodi à Neumann. (*Ibid.*, 18 septembre.) — Etudes cliniques sur la question de la paralysie du crico-aryténoïdien postérieur, par Max Laehr. (*Deut. med. Woch.*, 9 nov.) — Paralysie du récurrent à la suite d'une opération de ganglion tuberculeux, par Rosenberg. (*Berl. klin. Woch.*, 19 juin.) — Traitement des paralysies du larynx, par Gouguenheim. (*Ann. de méd.*, 25 oct.) — Arthrite déformante du larynx, par Casselberry. (*N. York med. j.*, 14 oct.) — Rétrécissement syphilitique du larynx, par J. Lazarus. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 172, 13 février.) — Coexistence de cancer et de syphilis du larynx, par Katzenstein. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 juin.) — Traitement des rétrécissements du larynx après la trachéotomie chez les enfants, par Thost. (*Deutsche med. Woch.*, 20, p. 482.) — Une balle dans le larynx, contribution à l'étude des plaies traumatiques du larynx, par Sokolowski. (*Arch. int. de laryng.*, VI, 4.) — Sangsue du larynx expulsée sous l'influence des pulvérisations phéniquées, par Berthoud. (*Arch. de méd. milit.*, oct.) — Double curette rotative pour les opérations endolaryngées, par Heryng. (*Ann. mal. de l'or.*, nov.) — Fracture du larynx guérie par Schaeffer. (*Deut. med. Woch.*, 23 nov.) — Extirpation d'une tumeur kystique du larynx chez une femme de 80 ans, guérison, par Mackenzie. (*Brit. med. j.*, 21 oct.) — Note complémentaire sur un travail sur la laryngo-fissure, par Pienazek. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 1 et 2.) — Papillomes laryngés, par Bark. (*Liverpool med. chir. journ.*, juillet.) — Tubage du larynx pour phénomènes de sténose de la glotte chez un syphilitique, par Rosenberg. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 juin.) — De l'extirpation totale du larynx, par Lavisé. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 sept.) — Etude des opérations destinées à remédier au cancer de la gorge, par Delavan. (*N. York med. j.*, 14 oct.) — Présentation d'un opéré de laryngectomie partielle pratiquée il y a quinze mois pour cancer, par Gluck. (*Soc. de méd. Berlin*, 8 nov.)

Lèpre. — De la lèpre, par Abrams. (*Med. News*, 7 oct.) — La recrudescence de la lèpre, ses causes, par Tebb. (*Med. News*, 21 oct.) — Etude critique sur le rapport de la commission de la lèpre dans les Indes en 1890-91, par Hansen. (*Lancet*, 28 oct.) — La lèpre en Italie, par Ferrari. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVIII, 3.) — Note sur un cas de lèpre, par E. Bodin. (*Medecine moderne*, 25 octobre.) — Un cas de lèpre tubéreuse, par Nonne. (*Deutsche med. Woch.*, 22, p. 532.) — Lèpre mutilante autochtone, par Bérillon. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Maladie de Morvan ou lèpre, par Debove. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 juillet.) — Sur la toxicité de l'urine des lépreux, par V. Fisichella. (*Riforma medica*, 5 août.) — De l'action de la tuberculine dans la lèpre systématisée nerveuse, par Straus. (3[e] *Cong. tuberc ; Mercredi méd.*, 9 août.)

Leucémie. — Études sur la leucémie, par Vehsemeyer. (*Münch. med. Woch.*, 30, p. 564.) — Leucocythémie suraiguë d'emblée. Retour des éléments sanguins et de la rate à l'état hématopoiétique embryonnaire. Sarcome suraigu

ou cancer primitif du sang, par Michel Dansac. (*Gaz. hebd. Paris*, 10 et 11.) — Un cas suraigu de pseudo-leucémie lymphatique, par F. Traversa. (*Riforma medica*, 5 juillet.) — Sur un cas rare de pseudo-leucémie aiguë, par Grossi Carmina. (*Ibid.*, 8 juillet.) — Leucémie splénique, par Peugniez. (*Semaine méd.*, 6 sept.)

Lipome. — Lipome diffus, par Lépine. (*Lyon méd.*, 15 oct.) — Du lipome de la langue, des lipomes symétriques multiples, leur étiologie, par Rosenstirn. (*N. York med. Record*, 23 sept.) — Lipome pédiculé, par Montaz. (*Dauphiné méd.*, août.) — Un cas de lipome douloureux, par Severeanu. (*Arch. prov. de chir.*, II, 11.) — Deux cas de lipome sous-péritonéal simulant une hernie, par Anderson. (*Lancet*, 14 oct.)

Lupus. — Du lupus érythémateux, par Gaucher. (*Semaine méd.*, 4 oct.) — Lupus érythémateux disséminé, par Lilienthal. (*Soc. berl. de dermat.*, 14 mars.) — Un cas de lupus érythémateux disséminé avec lésions articulaires, par Philippson. (*Berl. klin. Woch.*, 29 août 1892.) — Deux cas de lupus disséminé après la scarlatine, par Philippson. (*Ibid.*, 11 avril 1892.) — Tuberculose de la peau simulant le lupus érythémateux, par Hardaway. (*Americ. dermat. Assoc.*, 5 sept.) — Lupus érythémateux simulant diverses formes de dermatite, par Crocker. (*Ibid.*) — Du lupus secondaire aux interventions chirurgicales sur des foyers tuberculeux, par Bayet. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 juillet.) — Virulence du lupus, par Arloing et Courmont. (3e *Cong. tuberculose.*) — Traitement du lupus par la tuberculine, par Kossel. (*Dermat. Zeits.*, I. 1.) — Un cas de lupus érythémateux guéri par les injections de tuberculine de Koch, par T. Sechi. (*Riforma medica*, 24 juillet.) — Lupus, son extirpation, par Ricketts. (*N. York med. journ.*, 23 sept.) — Traitement du lupus, par Heidenhain. (*Deutsche med. Woch.*, 22, p. 530.)

Luxation. — Nouvelle méthode de réduction des luxations cervicales, par Walton. (*Journ. of nerv. dis.*, sept.) — Luxation de la quatrième cervicale sans fracture, par Holmes. (*Med. News*, 28 oct.) — Luxation des deux épaules, par O'Sullivan. (*Brit. med. j.*, 28 oct.) — De la luxation congénitale de la tête du radius, par Bonnenberg. (*Zeit. f. orthop. Chir.*, II, 4.) — Des luxations de l'extrémité supérieure des quatre derniers métacarpiens dans leurs articulations avec le corps, par Orrillard. (*Gaz. des hôp.*, 7 oct.) — Luxation de la hanche, ischiatique incomplète, par Tillaux. (*Médecine moderne*, 19 août.) — Du traitement opératoire des luxations congénitales de la hanche, par Hoffa, Kœnig, Gussenbauer. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 433, 1er mai.) — De la luxation iliaque dans la coxotuberculose et de ses variétés, par Ménard et Griffon. (*Rev. d'orthopédie*, 1er sept.) — Etude sur l'anatomie de la hanche chez l'enfant et sur la pathogénie de la luxation congénitale du fémur, par Sainton. (*Ibid.*, 1er juillet.) — Luxation pathologique de la rotule, par Phocas. (*Ibid.*, 1er septembre.)

Lymphatique. — Ganglions hémolymphatiques, par Gibbes. (*Americ. j. of med. sc.*, sept.) — Microorganismes dans l'adénite hyperplastique et septique, par Mazza et Zanda. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVIII, 3.) — La fièvre ganglionnaire, par Gillet. (*Rev. gén. de clin.*, 38, p. 598.) — Traitement de l'hypertrophie ganglionnaire cervicale, discussion à la Brit. Assoc. (*Brit. med. j.*, 25 nov.) — Traitement des bubons, par Sherrill. (*N. York med. j.*, 28 oct.) — Lymphangiome congénital de la joue, par Demons. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 30 avril.) — Un cas de carcinome du canal thoracique accompagné d'ascite chyleuse, par O. Leydhecker. (*Archiv

f. path. Anat., CXXXIV, 1.) — Des hypertrophies ganglionnaires généralisées; origine infectieuse du lymphadénome, par Delbet. (*Semaine méd.*, 13 sept.) — Ingestion de fragments de rate contre le lymphadénome, par Blomfield. (*Brit. med. j.*, 21 oct.)

M

Main. — La main gauche, par Liersch. (*Berlin.*) — Des anomalies congénitales des doigts, par Joachimsthal. (*Zeit. f. orthop. Chir.*, II, 4.) — Des déviations congénitales des phalanges, par Joachimsthal. (*Ibid.*) — Un cas de polydactylie double, par Albers. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 230, 6 mars.) — Remarques sur le cas précédent, par A. Koehler. (*Ibid.*, p. 231.) — Syndactylie congénitale totale des deux mains, par Troje. (*Deutsche med. Woch.*, 18, p. 433.) — De la main bote, par Sayre. (*N. York med. j.*, 4 novembre.) — Note sur le traitement des plaies artérielles de la main, par Chalmet. (*Rev. gén. de clin.*, 35, p. 551.) — Deux cas de rétraction de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren), par E. Tranquilli. (*Bulletino Societa Lancisiana di Roma*, juin, p. 162.) — De l'étiologie des ganglions du carpe, par Ledderhove. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 1 et 2.)

Mal de mer. — La bibliographie du mal de mer, par Irwin. (*New-York med. record*, p. 617, 20 mai.)

Maladie. — Les formes atténuées des maladies contagieuses, par Héricourt. (*Rev. scientif.*, 19 août.) — État actuel de nos connaissances sur la prédisposition morbide, par Adolf Gottstein. (*Therap. Monats.*, août.)

Malformation. — Descendance et pathologie à propos des malformations, par Kollmann. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er avril.) — Trois cas d'arrêts de développement, par Capitan. (*Médecine moderne*, 14 octobre.) — Arrêt de développement d'un membre supérieur par bride amniotique, par Schrader. (*Berlin. klin. Wochens.*, 3 avril.) — Hermaphrodisme transverse masculin (présence de testicules dans les grandes lèvres d'une femme mariée, à vagin borgne), par Kochenburger. (*Ibid.*, p. 216, 27 février.)

Mamelle. — Mamelles surnuméraires, par Pick. (*N. York med. j.*, 28 octobre.) — Mamelon surnuméraire transmis héréditairement dans une famille; coïncidence avec plusieurs grossesses gémellaires; réversion atavique ou création d'un type polymaste et polygène, par P. Marie. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 juin.) — De la galactophorite, par Boissard. (*Semaine méd.*, 11 octobre.) — Dangers du traitement des tumeurs du sein par l'électricité, par Faguet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 juillet.) — Cystosarcome papillaire du sein, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, 21 juillet.) — Cancer de la mamelle traité par le bleu de méthyle, par d'Ambrosio. (*Giorn. int. di sc. med.*, juin.) — Sur la mortalité et les causes de mort après l'ablation du sein cancéreux, par Williams. (*Lancet*, 23 septembre.)

Massage. — Massage dans les maladies de la peau, par Eccles. (*Lancet*,

14 octobre.) — Du massage pratiqué par les laïques, par Hoffa. (*Deut. med. Woch.*, 6, p. 133.)

Maxillaire. — Un cas de luxation de la mâchoire inférieure en arrière, par Bischof. (*Münch. med. Woch.*, 31, p. 584.) — Syphilis, nécrose des maxillaires supérieurs, marche insidieuse, élimination d'une portion notable des maxillaires, par Combe. (*Rev. de laryng.*, 1er septembre.) — De l'illumination électrique des os de la face et de la pupille dans l'empyème de l'antre d'Highmore, par Herzfeld. (*Soc. laryng. de Berlin*, 21 avril.) — Abcès du sinus maxillaire avec épaississement anormal du pus, par Th.-S. Hatau. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 482, 15 mai.) — Iritis consécutive à un empyème de l'antre d'Highmore, par Fromaget. (*Rev. int. de rhinol.*, 10 novembre.) — Corps étranger de l'antre d'Highmore, remarques sur le traitement des abcès du sinus, par Eulenstein. (*Monats. f. Ohrenh.*, juillet.) — Sur un endothéliome à boules hyalines (cylindrome) de l'antre d'Highmore, par Marchand. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XIII, p. 477.) — Sur un cas de résection sous-périostée du maxillaire inférieur, par Lewin. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 août.)

Médecine. — Compendium moderne de médecine pratique, par de Maurans. (In-8°, 720 p., *Paris.*) — Valeur de la percussion stéthoscopique dans le diagnostic médical, par Sewall. (*Med. News*, 28 octobre.)

Médecine (Hist.) — Du sectairisme en médecine, par Waltham. (*Boston med. Journal*, 17 août.) — De l'éducation médicale aux États-Unis, par Warren, (*Ibid.*, 21 septembre.) — Le développement historique de la médecine expérimentale, par F. Falk. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXIII, 1.) — Des erreurs et des préjugés populaires en médecine, par Foucart. (*Thèse de Paris*, 16 novembre.) — Chirurgie de maître Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel, roi de France, composée de 1306 à 1320, traduction française avec notes et biographie, par Nicaise. (In-4°, *Paris.*) — Influence des travaux de Pasteur sur la médecine contemporaine, par Grancher. (*Bull. méd.*, 19 novembre.) — La pratique médicale des Chinois, par Gregory. (*New York med. record*, p. 165, 5 août.) — Harvey et sa méthode, par Potain. (*Bull. méd.*, 15 novembre.) — Un juge de Marie-Antoinette, le chirurgien Souberbielle, par Cabanès. (*Gaz. des hôp.*, 17 octobre.)

édecine légale. — Le droit du médecin de refuser témoignage, en vertu de l'ordonnance de procédure pénale allemande du 1er février 1877, par Jungk. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 149, 6 février.) — L'article 317 du Code de procédure civile et l'expertise médico-légale, par A. Jaumes. (*N. Montpellier méd.*, 4, p. 543. Suppl.) — L'appréciation médico-légale de la perversion sexuelle criminelle, par C. Seydel. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, 3e série, V, 273.) — Étude médico-légale des fractures des extrémités, par Manley. (*N. York med. journ.*, 9 septembre.) — Strangulation et pendaison, par Templeman. (*Edinb. med. journ.*, septembre.) — Le suicide, par Eugen Rehfisch. (*Berlin.*) — Un homicide-suicide, par Amadei. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 2 et 3.) — Rapport médico-légal sur un cas de mort par rupture d'un kyste fœtal, par Raynaud. (*Journ. de méd. Paris*, 22 octobre.) — Étude médico-légale sur les causes de la mort du baron de Reinach, par Brouardel, Richardière, Ogier, Schutzenberger et Villiers. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIX, 161, février.) — Affaire Valrof. Double tentative de meurtre. Somnambulisme allégué. Rapport médico-légal, par P. Brouardel, Motet, Paul Garnier. (*Ibid.*, XXIX, 497, juin.) — De la responsabi-

lité des épileptiques (affaire de vol), par Ch. Vallon. (*Ibid.*, 3e série, XXIX, p. 465.) — Étude médico-légale de la pyromanie, par Camuset. (*Ann. méd. psychol.*, novembre.) — Suicide par strangulation d'un alcoolique, par Albin Haberda. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, V, p. 229, avril.) — Surarbitrage du comité scientifique pour les affaires médicales sur une inculpation d'homicide par imprudence dans un accouchement (présentation du siège; fœtus hydrocéphale; forceps; mort par rupture utérine), par Olshausen et Pistor. (*Ibid.*, V, 297.) — Nouveau cas de simulation d'imbécillité par un aliéné (halluciné), par Clemens Neisser. (*Ibid.*, V, p. 303, avril.) — Jeune hystérique incendiaire, par Kramer. (*Ibid.*, V, p. 310.) — Du tatouage chez les aliénés, par Marandon de Montyel. (*Arch. d'anthrop. crimin.*, 15 juillet.)

Médecine militaire. — Instruction ministérielle belge du 25 février 1893 sur l'organisation des divers services de la Croix-Rouge en temps de guerre. (*Mouvement hygiéniq.*, IX, p. 151.) — Les chiens mis au service de la Croix-Rouge, leur dressage, etc., par Jean Bungartz. (*Hyg. Rundsch.*, III, 6, p. 264.) — État sanitaire de l'armée française en 1890, par Collin. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — Sur l'organisation à Lyon d'un service de transport de malades à l'aide d'une voiture-tramway, par Viry. (*Ibid.*, septembre.) — La guerre au Dahomey, histoire du 1er groupe de la colonne expéditionnaire, par Barthélemy. (*Arch. de méd. nav.*, septembre.) — L'élimination des tuberculeux de l'armée, par Körting. (*Deut. milit. Zeit.*, 6.) — Perforation de l'abdomen par baïonnette du fusil Lebel, par Benoit. (*Bull. méd.*, 13 septembre.) — Blessure par baïonnette, par Roux. (*Ibid.*, 15 octobre.) — Des plaies produites par le nouveau fusil, par Lee Metford. (*Brit. med. journ.*, 30 septembre.) — Quelques remarques sur l'action des projectiles des fusils de guerre, par Nimier. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — La chaussure du fantassin, par Salle. (*Ibid.*, octobre.)

Méninge. — Les symptômes oculaires dans la méningite cérébro-spinale, par Randolph. (*Bull. John Hopkins Hosp.*, juin.) — Méningo-myélite syphilitique avec rachialgie nocturne, par P. Londe. (*La Médecine moderne*, 26 juillet.) — Méningite spinale syphilitique chez un paralytique général, par Richter. (*Berlin. klin. Wochens.*, 3 juillet.) — De la pachyméningite chronique externe, ses effets sur le crâne, par Thomson. (*Journ. of path. and bact.*, II, 1). — Altérations psychiques dues à l'hématome de la dure-mère, par Santangelo Spoto. (*Riforma medica*, 28 juillet.) — Méningite aiguë traitée par le drainage de la moelle, par Paget. (*Lancet*, 7 octobre.) — Fibrome des méninges spinales, par Immermann. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte,* 1er avril.)

Menstruation. — Des altérations du sang menstruel en dehors des affections utérines ou annexielles, par Henrotay. (*Bull. soc. belge de gynéc.*, 3, et *Arch. de tocol.*, septembre.) — Les affections viscérales d'origine menstruelle et leur traitement, par Plicque. (*Gaz. des hôp.*, 19 octobre.)

Moelle. — Des courbures de la moelle chez l'homme, par Tanzi. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 2 et 3.) — Présence de cellules ganglionnaires dans les racines spinales antérieures du chat, par Tanzi. (*Ibid.*, XIX, 2 et 3.) — Sur la provenance possible et les fonctions des fibres à myéline de la commissure grise postérieure de la moelle chez l'homme, par A. Breglia. (*Giornale Assoc. napoletana di med.*, p. 268.) — Résection de segments bulbaires chez les animaux, par Goltz. (*Deutsche med. Woch.*, 22, p. 531.)

— Troubles sensoriels exacts produits par une lésion localisée de la moelle, par Hale White. (*Brain,* 63.) — De l'étiologie de la paralysie ascendante aiguë, remarques sur la théorie des maladies infectieuses des centres nerveux, par Albu. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIII, 5 et 6.) — De la polyomyélite, par Goldscheider. (*Ibid.*) — Étude de la polyomyélite antérieure aiguë, par Dauber. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IV, 3 et 4.) — Polyomyélite chez un homme de 45 ans, par Diller. (*Med. News*, 28 octobre.) — Myélite chronique transverse bulbaire, par G. Mirto. (*Giornale Assoc. napoletana di med.*, p. 290.) — Contribution à l'étude de l'hématomyélie, par Vendeslas Hertyk. (*Thèse Genève*, 1892.) — Polyomyélite aiguë infantile ancienne accompagnée d'une myopathie à type scapulo-huméral, par Dejerine. (*Médecine moderne*, 23 septembre.) — Un cas de syringomyélie, par Neuberger. (65e *réun. des natur. allem. Nuremberg,* 11 septembre.) — Affections articulaires dans la syringomyélie. par Graf. (*Beit. zur klin. Chir.*, X, 3.) — La syringomyélie, par Verhoogen. (*Gaz. hebd. Paris,* 25, p. 290.) — Un cas de syringomyélie, par Adler. (*Deutsche med. Woch.*, 18, p. 432.) — De la sclérose latérale amyotrophique, par Brissaud. (*Bull. méd.*, 12 novembre.) — Des formes atypiques de gliose spinale, par Oppenheim. (*Arch. f. Psychiat.*, XXV, 2.) — Diagnostic précoce de l'ataxie par les signes oculaires, par Hansell. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 18 février.) — Ataxie vaso-motrice, par Solis-Cohen. (*Pan americ. med. Cong.,* septembre.) — Des lésions du nerf optique dans le tabes dorsalis, par Popow. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IV, 3 et 4.) — Maladie de Friedreich avec attitudes athétoïdes, par Chauffard. (*Semaine méd.*, 30 août.) — Sur un cas d'arthropathie tabétique des deux hanches, par P. Londe. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 3, p. 145.) — Les altérations des nerfs périphériques et des ganglions spinaux dans un cas de maladie de Friedreich et leurs rapports avec les altérations des racines spinales postérieures, par P. Guizzetti. (*Riforma medica*, 19 juin.) — Cas de tabes traité avec succès par les injections de cérébrine, par G.-M. Hammond. (*New York Neurolog. Society*, 4 avril, et *Journal of nervous diseases*, mai, p. 350.) — Sur le traitement des affections fonctionnelles de la moelle épinière, par Lovett. (*Boston med. Journal,* 13 juillet.) — Valeur de la suspension dans quelques affections de la moelle, par von Bechterew. (*Neurol. Centralb.*, 18, p. 602.) — Sur les traumatismes de la moelle épinière, par Cheever. (*Boston med. Journal*, 28 septembre.) — Commotion de la moelle dans les accidents de chemins de fer, par Bramwell. (*Brit. med. j.*, 18 novembre.) Compression de la moelle par une tumeur vertébrale, par Qualdi. (*Bullettino Società Lancisiana di Roma*, p. 200, juillet 1892.) — Un cas de sarcome de la moelle cervicale, par Ross. (*New York med. record*, p. 193, 12 août.)

Mole. — Des moles hydatiques, par Turazza. (*Cent. f. Gynaek.*, 14 octobre.) — Sur un second cas de mole vésiculaire. par G. Cualco. (*Morgagni*, juillet.)

Molluscum. — Pigmentation généralisée avec neuro-fibromes molluscoïdes, par Philippson. (*Münchener med. Woch.*, 27, p. 517.) — Sur le parasite du molluscum contagiosum, par G. de Angelis Mangano. (*Riforma medica,* 23 juin.)

Monstre. — Monstre double sternopage, par Waynbaum et Legry. (*Soc. anat. Paris*, p. 481, juillet.) — Études de pathologie fœtale et de tératologie, 2e série, jumeaux allantoïdo-angiopages, paracéphale dipus cardianus, par Ballantyne. (*Edinb. med. j.*, juin.)

Morphée. — Un cas de morphée, par Corlett. (*Americ. dermat. assoc.*, 5 septembre.)

Morve. — Un cas de morve chronique suivi de guérison, par Holmes. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 12 août.) — De la malléine contre la morve, par Pilarios. (*Berl. thierärz. Woch.*, 20.) — Diagnostic de la morve chez le cheval au moyen de la malléine et du sérum sanguin. Vaccination et inoculation curative dans la pneumonie des chevaux par le sérum sanguin, par Schneidemühl. (*Deutsche med. Woch.*, 7, p. 163.)

Muscle. — Contribution à la connaissance du développement de la fibre musculaire striée, par G. Calderara. (*Archives italiennes de biologie*, XIX, p. 318, et *Archivio per le scienze mediche*, XVII, 1.) — Sur les fonctions intimes des tissus et en particulier sur la vie du muscle séparé de l'être vivant, par Gautier et Landi. (*Arch. per le sc. med.*, XVII, 2.) — Méthode d'étude de l'élasticité du muscle, par Brodie. (*Brit. med. j.*, 23 septembre.) — L'action de la chaleur et du froid sur la fatigue des muscles chez l'homme, par L. Patrizi. (*Archives italiennes de biologie*, XIX, p. 105.) — Sur la contraction des muscles striés et sur les mouvements du bombyx mori, par L. Patrizi. (*Archives italiennes de biologie*, XIX, p. 177, et *Giorn. R. Accad. di Torino*, XXVIII, 19 mars.) — Recherches sur la force absolue des muscles des invertébrés, par Lorenzo Camerano. (*Archives italiennes de biologie*, XIX, p. 1.) — Sur la force absolue des muscles des insectes, par Camerano. (*Ibid.*, p. 149.) — Sur la fatigue musculaire dans quelques états pathologiques, par A. Pantanetti. (*Riforma medica*, 26 juillet.) — Sur la régénération des muscles striés, par C. V. Kahlden. (*Centralbl. f. allg. Path.*, 31 octobre.) — Perte dissociée de la sensibilité musculaire avec incoordination motrice à la suite de maladies infectieuses chez plusieurs membres d'une même famille, par Vanni. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 2 et 3.) — Du paramyoclonus multiple, par Feinberg. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIII, 5 et 6.) — De l'atrophie musculaire cérébrale, par Quincke. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IV, 3 et 4.) — Sur la forme spinale neuritique de l'atrophie musculaire progressive, par M. Bernhart. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXIII, 2.) — Forme particulière d'atrophie musculaire progressive du type Duchenne-Landouzy-Déjerine (ou type facio-scapulo-huméral), par O. d'Allocco. (*Riv. clin. e terapeutica*, 12, p. 713.) — Note sur les contractures musculaires passagères, par Gérard-Marchant. (*Rev. d'orthopédie*, 1er juillet.)

Mycétome. — Analyse de 100 cas de mycétome, par Bocarro. (*Lancet*, 30 septembre.)

Mycosis. — Mycosis fongoïde, par Brodier. (*Gaz. des hôp.*, 14 octobre.)

Myopie. — Des causes des formes passagères de myopie avec iritis, par Schapringer. (*N. York med. j.*, 21 octobre.) — De la myopie monolatérale, par Manguis. (*Thèse de Paris*, 30 novembre.) — La correction complète de la myopie, par Jackson. (*Americ. j. of med. sc.*, septembre.)

Myxœdème. — Un cas de myxœdème, par Krauss. (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.) — Obs. de myxœdème, par Kirk. (*Lancet*, 23 septembre.) — Des progrès récents dans le traitement du myxœdème, par Vassale. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 2 et 3.) — Le traitement culinaire du myxœdème, par E. Vallin. (*Rev. d'hyg.*, XV, 478.) — Myxœdème traité par l'extrait de thyroïde, par Elam. (*Lancet*, 9 septembre.) — Myxœdème guéri par

l'alimentation thyroïdienne, par Miller. (*Edinb. med. j.*, septembre.) — Trois cas de myxœdème traités par l'extrait du corps thyroïde, par Starr. (*New York med. record*, p. 705, 10 juin.) — Diurèse et augmentation de l'excrétion d'urée dans le traitement du myxœdème par le suc thyroïde, par Napier. (*Lancet*, 30 septembre.)

N

Nævus. — Nævus verrucosus double, par Saalfeld. (*Dermat. Zeit.*, I, 1.)

Nerf. — Sur la structure intime des plaques terminales des nerfs moteurs des muscles striés, par Rouget. (*Acad. des sc.*, 20 novembre.) — La distribution sensorielle des nerfs spinaux, par Thorburn. (*Brain*, n° 63.) — Nouvelles expériences sur l'excitation voltaïque des nerfs, par E. Oehl. (*Archives italiennes de biologie*, XIX, p. 73.) — Note sur l'association des troubles sensoriels et des maladies viscérales, par Mackenzie. (*Brain*, 63.) — De l'asystolie dans les compressions du nerf pneumogastrique, par Merklen. (*Soc. méd. des hôpit.*, 28 juillet.) — Quelques cas de névralgie et de migraine traités par le percuteur, par Neale et Bays. (*Lancet*, 4 novembre.) — Sciatique, observations cliniques sur les causes, la nature et le traitement de 68 cas, par Eccles. (*Londres.*) — Névrite sciatique, pathologie, traitement, par Simpson. (*Londres.*) — De la sciatique, par Bruhl. (*Gaz. des hôp.*, 2 novembre.) — Encore les névralgies pelviennes, par Richelot. (*Union médicale*, 28 septembre.) — Des névralgies et de leur traitement, par Benedict. (*Klin. Zeit. und Streitfagen*, VI, 3.) — Névralgie faciale, opération, par Miller. (*Edinb. med. j.*, novembre.) — Névralgie épileptiforme du trijumeau guérie par la résection de la branche inférieure de la 5e paire, par Robson. (*Brit. med. j.*, 18 novembre.) — Anesthésie dans la zone du nerf sous-orbitaire, par Hall. (*Sheffield med. j.*, octobre.) Symptômes et variétés de la névrite multiple, par Buzzard. (*Lancet.*, 18 novembre.) — Contribution à l'étude des névrites toxiques, par L. Droz. (*Thèse Genève*, 1892.) — Névrite périphérique arsenicale, par Railton. (*Manchester clin. soc.*, 17 octobre.) — Névrome plexiforme, par Berg. (*Hygiea*, mars.) — Déplacement du nerf cubital en avant de l'épithrochlée, à la suite d'une simple contusion du coude, par Plicque. (*Gaz. des hôp.*, 28 septembre.) — Note sur les luxations du nerf cubital, par Plicque. (*Gaz. des hôp.*, 5 octobre.) — 1° Plaie du nerf vague à la base du crâne ; 2° plaie du nerf hypoglosse et de l'accessoire de Willis à la base du crâne, par Traumann. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 1 et 2.) — Blessure du nerf médian, mode de réparation des nerfs mixtes, par Savill. (*Brain*, 63.) — Suture secondaire du nerf médian et des huit tendons fléchisseurs des doigts, par Socin. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er juin.) — Suture secondaire du nerf sciatique au niveau de la partie moyenne de la cuisse; retour progressif de la sensibilité ; persistance de la paralysie motrice, par Dayot. (*Bull. soc. scient. de l'Ouest*, II, 2, p. 183.)

Nerveux (syst.). — Anatomie normale et pathologique de la cellule nerveuse, par Nissl. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 juin.) — Les nouvelles idées sur l'histologie des centres nerveux, par Ramon y Cajal. (*Bull. méd.*, 10 sept.) — Faits et déductions tirés de l'étude histologique moderne du système nerveux, par Tanzi. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 2 et 3.) — Etude sur

l'anatomie du système nerveux central, par Taylor. (*Boston med. Journal*, 28 septembre.) — Sur la structure du système nerveux, par His. (*Wiener med. Presse*, 17 septembre.) — Démonstration anatomique de la récurrence nerveuse, par Fromont. (*Arch. de méd milit.*, octobre.) — Sur les modifications produites par l'excitation électrique dans les cellules nerveuses des ganglions sympathiques, par Lambert. (*Soc. de biol.*, 4 nov.) — Arbre généalogique d'hérédité nerveuse, par W. Meyer. (*Corr. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 juin.) — Des causes adjuvantes de la prédisposition héréditaire dans les maladies nerveuses, par Mérigot de Treigny. (*Rev. gén. de clin.*, 18, p. 277.) — De l'atrophie du nerf optique comme symptôme des affections chroniques du système nerveux central, par Buzzard. (*Brit. med. j.*, 7 octobre.) — De l'oxalurie et de ses rapports avec certaines formes d'affection nerveuse, par Adler. (*New York med. record*, p. 673, 3 juin.) — Troubles du système nerveux par suite de changement de vie, par Eliot. (*Americ. j. of med. sc.*, septembre.) — Quelques considérations sur deux cas intéressants de pathologie nerveuse observés à la clinique médicale de Genève, par Numa Huguenin. (*Thèse Genève*, 1892.) — Extirpation du ganglion de Gasser, par Parkhill. (*Med. News*, 16 septembre.)

Névrose. — De la névrose traumatique, par Frick. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 juin.) — Névrose traumatique, par Immermann. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er juin.) — Des névroses traumatiques, par Struempell et par Wernicke. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 507 et 508, 22 mai.) — De la simulation dans les névroses traumatiques, par Knapp. (*Boston med. Journal*, 28 septembre.) — Névroses associées à la ménopause, par Savage. (*London med. soc.*, 30 octobre.) — Considérations sur la névrose paresthésique, par Collins. (*Boston med. Journ.*, 14 septembre.) — Un danseur monomane, par Gilles de la Tourette et Damain. (*Ann. d'hyp. publ.*, XXIX, 268.) — Recherches sur les ptomaïnes dans les névroses à accès, par E. Chiaruttini. (*Riforma medica*, 10 juin.) — De l'atonie gastro-intestinale neurasthénique, par Putzer. (*Berlin. klin. Wochens.*, 17 avril.) — De la neurasthénie, par Rauzier. (*Semaine médic.*, 11 novembre.) — Relâchement des ligaments larges de l'utérus et dilatation de l'estomac chez les neurasthéniques, par Chéron. (*Ass. franç. Cong. de Besançon.*) — Symptômes vésicaux dans la neurasthénie, par Mesnard. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er juin.) — Le régime et l'hygiène des névroses d'après le Dr Seguin, par Mathieu. (*Gaz. des hôp.*, 5 octobre.) — Traitement de la céphalée nerveuse par la douche statique avec le disque à pointes, par A. Voisin. (*Soc. méd. psych.*, 24 juillet.) — Le traitement de la neurasthénie par les injections hypodermiques, par Mathieu. (*Gaz. des hôp.*, 7 sept.) — Le traitement de la neurasthénie, de la mélancolie et de l'épilepsie par les injections de substance nerveuse normale, par Babes. (*Deutsche med. Woch.*, 12, p. 279.) — Etude clinique et thérapeutique de la neurasthénie spinale, par Weber. (*New York med. record*, p. 321, 9 septembre.) — La neurasthénie, son traitement par l'électricité, par Doumer. (*Bull. méd. du Nord*, 12, p. 268.)

Nez. — Anatomie macroscopique de l'organe de Jacobson chez le bœuf et le chez le mouton, par Raugé. (*Arch. int. de laryng.*, VI, 4.) — Sur l'anatomie du nez, par Zderas. (*Wiener med. Presse*, 3 septembre.) — De la céphalalgie dans les affections nasales, par Heymann. (*Arch. int. de laryng.*, VI, 5.) — De la rhinite chez les enfants ; ses variétés, causes et traitement, par Casselberry. (*Journal americ. med. Ass.*, 15 juillet.) — Rhinite membraneuse unilatérale, par Dunn. (*N. York med. journ.*, 26 août.) — Un cas

de rhinite caséeuse, par Strazza. (*Bol. d. mal. dell' orecchio*, XI, 9.) — Quelques remarques à propos de deux cas de rhinite chronique accompagnée d'ozène, par Herck. (*Rev. int. de rhin.*, III, 18.) — La bactériologie de l'ozène, par Laurent. (*Ann. mal. de l'or.*, octobre, p. 905.) — Coryza diphtéritique, par Tissier. (*Ann. de méd.*, 11 octobre.) — Cas anormaux de diphtérie nasale primitive, par Birkett et Johnston. (*Montreal med. journ.* 12.) — Pathogénie du croup non infectieux de la muqueuse nasale, par Schiffers. (*Ann. mal. de l'or.*, octobre, p. 900.) — Des névroses réflexes d'origine nasale, par Gradenigo. (*Arch. ital. di otol.*, I. 2.) — Nouvelles recherches cliniques et thérapeutiques sur les névroses réflexes d'origine nasale, par Fliess. (*Vienne et Leipzig.*) — Les réflexes d'origine nasale, par Fliess. (*Arch. int de laryng.*, VI, 5.) — Des influences des affections nasales sur le tube digestif, par Chabory. (*Progrès médical*, 15 juillet.) — Récidive d'ulcère rongeant du nez guéri par un érysipèle, par Apolant. (*Berlin. klin. Woch.,* 10 juillet.) — Ulcère du nez, par Kaposi. (*Soc. vien. de derm.,* 30 novembre 1892.) — 2 cas de tuberculose nasale, ulcère et tumeur, par Farlow. (*New York med. j.*, 4 novembre.)— Tuberculose nasale, par Heryng. (*Medycyna*, 33.) — Instruments pour l'application de l'acide trichloracétique dans le nez, par Winckler. (*Ther. Monats.*, septembre.) — Nouveau remède efficace contre les processus infectieux et pyogéniques de l'oreille, du nez et de la gorge (microcidine à 1 ou 2 0/0), par Cozzolino. (*Ann. mal. de l'or.*, novembre.) — Nouvelle médication dans les hémorragies de la cloison nasale, des cornets et de l'oreille (acide trichloracétique au 30e) par Cozzolino. (*Ibid.*) — Epistaxis grave d'origine grippale, dangers du tamponnement postérieur, par de Roaldes. (*N. York med. record*, 14 octobre.) — Sur les maladies des sinus ou cavités accessoires du nez, par Lichtwitz. (*Bull. méd.*, 25 octobre.) — L'empyème du sinus frontal, par Wiedemann. (*Thèse de Berlin.*) — Empyème du sinus frontal, symptômes, diagnostic et traitement, par Lacoarret. (*Rev. de laryng.*, 1er septembre.) — Tumeur de la cavité orbitaire. Empyème du sinus frontal, par Martin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 juillet.) — Un cas d'empyème latent du sinus frontal gauche, par Frèche. (*Ibid.*, 23 juillet.) — Un cas d'empyème latent du sinus frontal gauche diagnostiqué et traité par voie naturelle, guérison complète, par Lichtwitz. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Empyème latent du sinus frontal droit sans cause apparente, ouverture de l'os frontal, curetage du foyer, guérison incomplète, par Luc. (*Arch. int. de laryng.*, VI, 4.) — Diagnostic différentiel et traitement de la suppuration des sinus du nez, par Oaks. (*Med. News*, 2 septembre.) — L'illumination par transparence des sinus du nez, par Caldwell. (*N. York med. j.*, 4 novembre.) — Maladies des sinus, méthode de traitement pour la suppuration de l'antre d'Highmore, par Caldwell. (*Ibid.*) — De l'empyème du sinus sphénoïdal, par Moure. (*Rev. de laryng.*, 1er octobre.) — De la sténose nasale et de son traitement par la dilatation simple et rapidement progressive au moyen de bougies, par Bouffé. (*Rev. de laryng.*, 15 novembre.) — Nouvelle opération pour l'obstruction du canal nasal, par Caldwell. (*N. York med. j.*, 21 octobre.) — Un cas de périchondrite aiguë idiopathique de la cloison, par Th. Schrœder. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 novembre.) — Idem, par Lublinski. (*Ibid.*) — Des déviations de la cloison nasale et de leur traitement, par Hamburger. (*Inaug. Diss. Breslau.*) — La déviation de la cloison nasale, par Martin. (*Med. News*, 21 octobre.) — Etude des déformations congénitales de la cloison, par Anton. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXV, 3 et 4.) — Du traitement par l'électrolyse des déviations de la cloison nasale, par Meyer. (*Deut. med. Woch.*, 22.) — L'électrolyse dans certains états pathologiques de la cloison nasale, par Newcomb. (*New York med. record*, p. 161, 5 août.) — Traitement des

déviations et saillies de la cloison nasale, par MORITZ SCHMIDT. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 459, 8 mai.) — Nouvel instrument pour redresser la cloison nasale, par DE ROSSI. (*Arch. ital. di otol.*, I, 2.) — Occlusion osseuse d'une narine, par DUNN. (*Virginia med. monthly*, juillet.) — Calcul nasal, cause de surdité, par POHL. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 juin.) — Un cas de rhinolithe spontané par MOURE. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 32.) — Double rhinolithe dans la même fosse nasale gauche, par COZZOLINO. (*Riv. clin. e terap.*, juin.) — Des polypes muqueux des fosses nasales, par DUPLAY. (*Rev. int. de rhin.*, 10 novembre.) — Remarques sur la structure des polypes du nez œdémateux, par WRIGHT. (*N. York med. j.*, 4 novembre.) — Polypes de l'oreille, avec des lymphomes, des kystes et des cellules géantes. Polypes des fosses nasales avec du tissu osseux, par MANASSE. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXIII, 2.) — Tumeurs nasales et naso-pharyngiennes (guérison d'un fibrome naso-pharyngien par l'électrolyse; épithéliome tubulaire du nez et du sinus maxillaire; papillome de la luette; myxomes du nez; tumeurs adénoïdes), par SOLIS-COHEN. (*Med. News*, 11 novembre.) — Polype muqueux colossal des fosses nasales avec prolongement pharyngien, par REVERDIN et BUSCARLET. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, p. 370.) — Résection temporaire du nez maintenue pendant trois semaines pour polypes muqueux des fosses nasales, par PANNÉ. (*Arch. int. de laryng.*, VI, 4.) — Remarques sur quelques affections malignes du nez, par DOUGLAS. (*N. York med. record*, 13 mai.) — Rapports entre les bacilles et les dégénérescences hyalines dans le rhinosclérome, par BREDA. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVIII, 3.) — Un cas de rhinosclérome, par JACKSON. (*Journ. of cutan. dis.*, octobre.) — Angiome de la cloison nasale, par COBB. (*Pan americ. med. cong.*, septembre.) — Myxosarcome des fosses nasales, par RICHARDSON. (*Ibid.*) — Sarcome du naso-pharynx, par LOGAN. (*Ibid.*) — Contribution à la statistique des sarcomes de la cloison des fosses nasales, par d'AGUANNO. (*Ann. mal. de l'or.*, septembre.) — Un cas de sarcome à cellules polymorphes de la cloison nasale, par COZZOLINO. (*Arch. ital. di otol.*, I, 2.) — Sur les sarcomes des fosses nasales et leurs voies d'opération, par LE FUR. (*Thèse de Paris*, 30 novembre.) — Sur quelques cas de sarcomes des fosses nasales, par DUPLAY et NATIER. (*Ann. mal. de l'or.*, octobre, p. 893.)

Nutrition. — Traité de pathologie de la nutrition, par CARL VON NOORDEN. (*Berlin.*) — De la fatigue dans les maladies de la nutrition, par DE LALAUBIE. (*Revue théorique et pratique des maladies de la nutrition*, 15 juillet.) — Contribution à l'étude des échanges nutritifs des habitants des tropiques. par C. EIJKMAN. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXIII, 1.)

Nystagmus. — Le nystagmus des mineurs, par PEDCHO. (*Ann. d'ocul.*, août.)

O

Occlusion intestinale. — Double obstruction intestinale, par DURAND. (*Lyon méd.*, 17 septembre.) — Obstruction intestinale par corps étrangers, par SEVEREANU. (*Progrès médical*, 3 juin.) — Un cas d'obstruction intestinale due à une rétroversion utérine, par CRICKX. (*Ass. soc. belge chir.*, 15 juillet.) — Un cas d'occlusion intestinale, par PARIZOT. (*Bourgogne méd.*,

1er juillet.) — Occlusion intestinale par diverticule, par Cazin. (*Bull. soc. anat. Paris*, 30 juin.) — Pathogénie et traitement médical de l'iléus, par A. Ferrannini. (*Terapia clinica*, 15 mai.) — Occlusion intestinale par calcul biliaire, mort, par Margrave. (*Lancet*, 14 octobre.) — De l'étranglement interne par calculs biliaires, par W. Koerte. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 juillet.) — Septicémie et bactériurie dans les occlusions intestinales, par R. Galeazzi. (*Il Morgagni*, mai.) — Un cas d'invagination guérie, par Lindemann. (*Deutsche med. Woch.*, 16, p. 372.) — Occlusion intestinale, passage des gaz et des fèces dans l'urine pendant 14 ans, par Clarke et Southam. (*Lancet*, 18 novembre.) — Trois cas d'obstruction intestinale aiguë traités par la laparotomie, par Ochsner. (*Journ. americ. med. Ass.*, 29 juillet.)

Œdème. — Cinq cas d'œdème angio-neurotique, par Wills et Cooper. (*Brain*, n° 63.) — Nouveau bacille anaérobie de l'œdème malin, par Novy. (*Pan-Americ. med. Cong.*, septembre.) — Œdème septique du membre supérieur gauche, par Miquel. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 juillet.)

Œil. — L'étude de l'ophtalmologie en Europe, par Roy. (*Opht. record.*, III, 3.) — Une année de chirurgie oculaire, par Chevallereau. (*France médicale*, 13, p. 193.) — Statistique des opérations pratiquées à la clinique nationale des Quinze-Vingts, par Valude. (*Ibid.*, 25, p. 385.) — Du mode de formation des vésicules primaires des yeux et pourquoi elles se transforment en secondaires; origine, formation et texture interne de l'humeur vitrée, par G. V. Ciaccio. (*Archives italiennes de biologie*, XIX, p. 232, et *Memoria della R. Accad. delle scienze di Bologna*, V, 3.) — Physiologie et pathologie de la lecture, par Goldscheider et Müller. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIII, p. 131.) — Les images secondaires, par Snellen senior. (*Ann. d'ocul.*, octobre.) — Épreuves pour l'hétérophorie, leur valeur comparée, par Jackson. (*Med. News*, 21 octobre.) — La schiascopie, par Bardelli, notes de Guaita. (*Ann. di ottalm.*, XXII, 2.) — La kératoscopie de Cuignet, par Knœpfler. (*Rev. méd. de l'Est*, 10, p. 289.) — Nouveau périmètre de poche, par Bagot. (*Ann. d'ocul.*, août.) — Sur la périmétrie au moyen de pigments colorés, par O. Bull. (*Ann. d'ocul.*, septembre.) — Sur l'éloignement des lentilles convexes de l'œil, par P. Bajardi. (*Giornale Accad. di med. Torino*, juillet, p. 591.) — Sur une association anormale de mouvements des muscles de l'œil, par D. Bocci. (*Ibid.*, juillet, p. 580.) — Le diplocoque de Fraenkel dans la pathologie oculaire, par Gasparini. (*Ann. di ottalm.*, XXII, 2 et 3.) — Sur les substances protéiques dans les milieux réfringents de l'œil, par Mörner. (*Zeit. f. phys. Chemie*, XVIII, 1.) — Anomalies congénitales de l'œil, coloboma de l'iris, de la choroïde, ectopie pupillaire, etc., par Collins, Stephenson, Juler, Frost, Spicer, Beaumont, Morton, Gunn. (*Trans. opht. Soc. Unit. Kingdom*, XIII, p. 114 à 156.) — Des ophtalmies purulentes d'origine génitale chez la femme, par Terson. (*Rev. gén. de clin.*, 25, p. 387.) — Un cas d'ophtalmie albuminurique, par Pollak et Alt. (*Americ. j. of opht.*, X, 5.) — Étiologie de l'ophtalmie des nouveau-nés, par Wurdemann. (*Americ. j. of opht.*, X, 5.) — Panophtalmite causée par le bacillus coli, par Randolph. (*Americ. j. of med. sc.*, octobre.) — Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par Bettman. (*Journal americ. med. ass.*, 12 août.) — Traitement de l'ophtalmie purulente par le sublimé, par Crocq fils. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 21 juillet.) — Note sur le traitement chirurgical de l'ophtalmie granuleuse, par Lagrange. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er juin.) — De l'extirpation de l'œil dans la panophtalmie, par Brandenburg. (*Deutsche med. Woch.*, 13, p. 302.) — Épisclérite gommeuse syphilitique

par Fromaget. (*Ann. d'ocul.*, octobre.) — Traitement de l'épisclérite, par Bourgeois. (*Rev. gén. de clin.*, 36, p. 569.) — Traitement de la ténonite, par Bourgeois. (*Ibid.*, 30, p. 471.) — Les affections de l'œil dans les fièvres graves, par Dianoux. (*Ann. d'ocul.*, septembre.) — Amblyopie grave d'origine dentaire, par Despagnet. (*Ann. d'ocul.*, août.) — Synchisis étincelant, traumatisme, cristaux de cholestérine dans la chambre antérieure; arrachement du nerf nasal externe ; guérison, par Fromaget. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 juillet.) — Cécité double absolue et définitive à la suite d'un coup de feu, par Valude. (*France méd.*, 28, p. 433.) — Obs. de corectopie bilatérale, par Antonelli. (*Ann. di ottalm.*, XXII, 2.) — Paralysie des mouvements associés verticaux des yeux, par Verrey. (*Revue médic., Suisse romande*, XIII, 220.) — Diagnostic des paralysies des releveurs et des abaisseurs de l'œil, par Wray. (*Lancet*, 18 novembre.) — Paralysie congénitale du droit externe de l'œil gauche, par Lagrange. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er juin.) — De certaines paralysies récidivantes de la 3e paire, par Darquier. (*Ann. d'ocul.*, oct.) — Zona ophtalmique. Strabisme consécutif, par Goldschmidt. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 mai.) — Atrophie optique consécutive à l'érysipèle, par Scougal, Snell. (*Trans. opht. soc. unit. Kingdom*, XIII, p. 82, 87.) — Atrophie du nerf optique consécutive au cancer de la mamelle et à l'influenza, par Brown. (*Ophtalm. record.*, II, 11.) — Tumeur mixte du nerf optique et de l'orbite, par Bourgeois. (*Soc. d'opht. Paris*, 10 octobre.) — D'un effet de l'antipyrine dans certaines formes d'atrophie du nerf optique, par Valude. (*Ann. d'ocul.*, septembre.) — Du traitement des affections oculaires par les injections sous-conjonctivales, par Gallemaertz. (*Bull. acad. de méd. de Belgique*, 5, p. 490.) — Des injections sous-conjonctivales de sublimé dans le traitement de certaines affections oculaires, par Verneuil. (*La policl. Bruxelles*, 15 sept.) — Procédé particulier de tatouage de l'œil, par Liebrecht. (*Münch. med. Woch.*, 34, p. 643.) — L'hygiène de la vue, par Koppf. (*Rev. gén. de clin.*, 22, p. 343.)

Œsophage. — Diverticule de l'œsophage, par Mintz. (*Deut. med. Woch.*, 10.) — Diverticule œsophagien chez un homme de 88 ans, par A. Huber. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 233, 15 mars.) — Un cas de diverticule de l'œsophage, par Dugge. (*Münch. med. Woch.*, 28, p. 529.) — Contribution à l'œsophagoscopie, par L. Löwe. (*Deutsche med. Woch.*, 12, p. 271.) — Rétrécissement congénital de l'œsophage, par Mayer. (*Americ. j. of med. sc.*, novembre.) — De la dysphagie spasmodique, rétrécissement spasmodique de l'œsophage, mort par inanition, par von Monakow. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 avril.) — Rétrécissement organique de l'œsophage, par Price Brown. (*N. York med. journ.*, 26 août.) — Rhabdomyosarcome de l'œsophage, par Hanau. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 mars.) — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage ; gastrostomie, par Aslanian. (*Marseille médical*, 13, p. 354.) — Gastrostomie pour les rétrécissements de l'œsophage, par Laplace. (*Pan-Americ. med. Cong.*, septembre.)

Orbite. — Obs. de fibrome malin de l'orbite, par Dunn. (*Americ. j. of opht.*, X, 4.) — Ostéome de l'orbite, par Lewis. (*New York med. record*, p. 654, 27 mai.) — Sarcome de l'orbite, par Collins. (*Lancet*, 16 septembre.)

Oreille. — Anatomie comparée de la membrane du tympan, par Bertelli. (*Annali d. Univ. toscane*, XIX.) — Anatomie topographique comparée de l'oreille moyenne chez les nouveau-nés et chez l'adulte, par Courtade. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Étude physiologique de l'oreille des nouveau-

nés, par SACHS. (*Arch. f. Ohren.*, XXXV, 1.) — Sur le temps de réaction du stimulus auditif et sur le sens auriculaire de l'espace, par MINGAZZINI. (*Arch. ital. di otol.*, I, 3.) — Contribution à l'étude des sensations subjectives de l'ouïe, par JAUNIN. (*Thèse Genève*, 1892, et *Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 392.) — Un point de physiologie de l'étrier, par GELLÉ. (*Soc. de biol.*, 21 octobre.) — Les maladies de l'oreille dans leurs rapports avec les maladies générales, par HAUG. (In-8°, 296 p., *Vienne.*) — Maladies et traumatismes de l'oreille, par DALBY. (276 p., *Londres.*) — Lésions de l'oreille suite d'affections du nez et du naso-pharynx, par ROBERTSON. (*Brit. med. j.*, 9 septembre.) — Contribution à l'étude statistique des maladies de l'organe auditif, par G. GRADENIGO. (*Giornale accad. di med. Torino,* juillet. p. 565, et *Ann. mal. de l'or.*, octobre.) — L'état actuel de l'otologie en Europe, par TURNBULL. (*Pan-Americ. med. Congress*, 5 septembre.) — De la syphilis auriculaire, par TŒPLITZ. (*Ibid.*) — Mensuration de 500 crânes au point de vue de l'anatomie topographique de l'oreille, par RANDALL. (*Ibid.*) — Résultat d'une expérience otiatrique de 30 ans, par GUSTAV BRUNNER. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 161, 1er mars.) — Communication anormale congénitale de la portion osseuse du conduit externe avec la caisse tympanique, par D'AGUANNO. (*Arch. ital. di otol.*, I, 4.) — Synéchies de la trompe, par ROBERTSON. (*Brit. med. j.,* 9 septembre.) — Des microbes de l'oreille, par MARTHA. (*Ann. mal. de l'oreille*, juillet.) — Sur les manifestations auriculaires de l'hystérie, par GRADENIGO. (*Arch. ital. di otol.*, I, 2.) — Des causes et de la signification de la rétention du pus dans l'oreille, par GRUNERT. (*Münch. med. Woch.*, 17 octobre.) — Deux cas d'otite grippale hémorragique, par HERCK. (*Rev. de laryng.*, 15 octobre.) — Auto-observation d'un cas d'otite moyenne aiguë, paracentèse du tympan, par BÉDART. (*Rev. int. de rhinol.*, 25 octobre.) — Otite moyenne chronique tuberculeuse, carie du rocher, paralysie faciale, par ASLANIAN. (*Marseille médical*, 14, p. 369.) — Nécrose et élimination spontanée d'un limaçon avec conservation apparente d'un certain degré d'audition, par LANNOIS. (*Lyon méd.*, 3 septembre.) — La méthode de Stacke dans le catarrhe de l'oreille, par COHN. (*Pan-Americ. med. Cong.,* 5 sept.) — Otite moyenne suppurée, carie de la paroi interne de la caisse, paralysie faciale, opération de Stacke, mort, par LUBET-BARBON. (*Arch. int. de laryng* , VI, 5.) — De la meilleure méthode de nettoyage de la caisse et d'application des agents thérapeutiques dans l'otorrée, par ALBESPY. (*Rev. de laryng.*, 15 novembre.) — Traitement des diverses formes de mastoïdite suite d'otite moyenne suppurée, par P. DI LUIGI. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XI, 10.) — Traitement chirurgical de l'otite moyenne suppurée chronique, par NIMIER. (*Gaz. hebd. Paris*, 14 octobre.) — Furonculose du conduit auditif simulant un abcès mastoïdien dans le cours d'une otite moyenne suppurée aiguë, par LUC. (*Arch. int. de laryng.*, VI, 4.) — Ostéite fongueuse primitive de l'antre mastoïdien sans suppuration concomitante de la caisse, chez un enfant de 3 mois et demi, par LUC. (*Arch. int. de laryng.*, VI, 4.) — La périostite secondaire de l'apophyse mastoïde, par ROHRER. (*Archivos int. de rinol.*, IV, 33.) — Sur la chirurgie opératoire de l'oreille moyenne, par DE ROSSI. (*Arch. ital. di otol.*, I, 2.) — L'ouverture des cellules mastoïdiennes dans les otites aiguës moyennes, par BROSC. (*Pan-Americ. med. Cong.*, 5 septembre.) — Otite moyenne chronique, pronostic et traitement, par TUTTLE. (*Ibid.*) — Indication et méthode de choix pour les opérations mastoïdiennes, par BISHOP. (*Ibid.*, 5 septembre.) — Indications et méthodes pour les opérations mastoïdiennes, par BISHOP. (*Med. News*, 11 novembre.) — Opérations sur l'apophyse mastoïde, par STEINBRUGGE. (*Deutsche med. Woch.*, 18, p. 481.) — 60 cas d'ouverture de l'antre mastoïdien, par BRONNER. (*Brit. med. j.,* 9 sept.)

— De la température après les opérations mastoïdiennes, par GRUNERT. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXV, 3 et 4.) — Discussion de la Brit. Association sur le traitement chirurgical de la suppuration mastoïdienne et de ses complications. (*Brit. med. j.*, 9 septembre.) — Traitement des otites moyennes suppurées chroniques par l'excision des osselets, par MILLIGAN. (*Ibid.*, 9 septembre.) — Sur l'extraction du marteau, par EITELBERG. (*Archivos int. de rinol.*, IV, 33.) — Nouvelle méthode d'extraction du marteau, par DELSTANCHE. (*Rev. int. de rhinol.*, 25 octobre.) — Abcès du cervelet lié à la présence d'acares dans l'oreille d'un lapin, par LANNOIS. (*Lyon méd.*, 12 novembre.) — Étude sur les thromboses des sinus d'origine otique, par ZAUFAL. (65e *réun. des natur. allem. à Nuremberg*, 12 septembre.) — Thrombose septique du sinus latéral, opération, guérison, par VICKERY. (*Brit. med. j.*, 25 novembre.) — Traitement des abcès cérébraux d'origine otique, par KRETSCHMANN. (*Münch. med. Woch.*, 18 juillet.) — Thrombose du sinus latéral suite d'otite, opération, guérison, par HARRIS. (*Lancet*, 14 octobre.) — Guérison chirurgicale d'un abcès cérébral suite d'otite moyenne, par SCHEIER. (*Arch. internat. de laryng.*, VI, 4.) — Diagnostic et traitement des thromboses du sinus latéral suite d'affection auriculaire, par BENNETT. (*Lancet*, 9 septembre.) — Thrombose du sinus latéral, suite d'otite, extirpation du caillot, guérison, par BENNETT. (*Lancet*, 21 octobre.) — Otite moyenne, abcès du cerveau, trépanation, guérison, par BELL. (*Lancet*, 28 octobre.) — Abcès cérébral suite d'otite, trépanation, par LANZ. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 février.) — Traitement des abcès encéphaliques consécutifs aux suppurations de l'oreille, par BROCA. (*Gaz. hebd. Paris*, 23 septembre.) — Abcès du cervelet suite d'otite, par REPELIN. (*Lyon méd.*, 15 octobre.) — Vertige auriculaire (maladie de Ménière), par METTLER. (*Journal americ. med. ass.*, 7 octobre.) — Maladie de Ménière guérie par le salicylate de soude, par GAY. (*Brit. med. j.*, 9 septembre.) — Étude de la syphilis de l'oreille, par TŒPLITZ. (*N. York med. j.*, 7 octobre.) — Surdité et syphilis tertiaire tardive acquise ou héréditaire, par DELIE. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Surdité traumatique, par BATES. (*N. York med. j.*, 11 novembre.) — Contribution à l'étude des lésions traumatiques de la caisse tympanique, par GERONZI. (*Arch. ital. di otologia*, I. 4.) — Polype volumineux de l'oreille, 3 centim., par NOQUET. (*Ann. mal. de l'or.*, oct., p. 898.) — Cholestéatome du conduit auditif externe, par COYNE. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 12 novembre, p. 510.) — Myasis de l'oreille, par DAVID et ESTOR. (*Arch. de méd. mil.*, septembre.) — Fibrome de l'oreille, ostéosarcome de l'oreille; tumeurs granuleuses de l'oreille moyenne, par SCHEIBE. (65e *réun. des natur. allem. Nuremberg*, 12 septembre.) — De la perception des sons bas et hauts dans les affections du labyrinthe et du nerf acoustique, par ROHRER. (*Ibid.*) — Pathogénie de l'otite interne en général, par GRADENIGO. (*Ibid.*) — Traitement de l'eczéma de l'oreille, par CHATELLIER. (*Arch. int. de laryng.*, VI, 4.) — Pilocarpine dans les maladies d'oreille, par METCALFE. (*Brit. med. j.*, 9 septembre.) — Du traitement de la surdité, par COHEN-KYSPER. (*Münch. med. Woch.*, 34, p. 643.) — Le phonographe dans le traitement de la surdité, par ÉLIOT. (*Pan-Americ. med. Cong.*, 5 septembre.) — L'excision des osselets dans les affections chroniques, suppurées ou non, de l'oreille moyenne, par TURNBULL. (*Ibid.*) — Des lésions consécutives au percement des lobules de l'oreille, par THORNER. (*Ibid.*, 5 septembre.) — Traitement de la surdité hystérique, par KAYSER. (*Therap. Monats.*, octobre.)

Oreillon. — Des oreillons sous-maxillaires, par WERTHEIMBER. (*Münch. med. Woch.*, 35, p. 654.) — Observation d'oreillons avec orchite, prostatite et hémoptysie, par COMBY. (*Union médicale*, 25 mai.) — A propos des hé-

moptysies ourliennes, par Comby. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 16 juin.) — Néphrite aiguë avec accidents urémiques à forme cérébrale dans le cours des oreillons, précédant une orchite-vaginalite double, guérison, par Toussaint. (*Arch. de méd. milit.*, octobre.)

Os. — Maladies infectieuses et parasitaires des os, par Gangolphe. (In-8°, *Paris*.) — La loi de transformation des os d'après Jul. Wolff, par W. Roux. (*Berlin. klin. Wochens.*, 22 et 29 mai.) — Idem, par M. Schede. (*Ibid.*, 19 juin.) — Sur un cas d'ostéite cervicale tuberculeuse, par Duplay. (*France méd.*, 26, p. 401.) — Ostéomyélite chronique du tibia à staphylocoques dosés, par E. Kummer et E. Tavel. (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, p. 263.) — Ostéomyélite prolongée, par Broussolle. (*Bourgogne méd.*, 1er juillet.) — Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses, de leur traitement par la méthode sclérogène pure ou combinée à l'arthrectomie précoce et répétée surtout chez l'enfant, par Mauclaire. (*Gaz. des hôp.*, 9 septembre.) — Résultats de la méthode sclérogène de Lannelongue, par Coudray. (*Bull. méd.*, 18 octobre.) — A propos de la suture des os, par Benet. (*Marseille médical*, 12, p. 328.) — Ostéotomies obliques, par Broca. (*Rev. d'orthopédie*, 1er juillet.) — Divers cas d'ostéoplastie par greffe d'un lambeau périostéo-osseux, par Julius Wolff. (*Berlin. klin. Wochens.*, 10 juillet.) — Ostéome des muscles, par Nimier. (*Gaz. hebd. Paris*, 11, p. 123.) Sur les exostoses de croissance, par Brunon. (*Loire méd.*, 15 juillet.) — Trois cas d'exostose, par Potherat. (*France méd.*, 21, p. 321.) — Enchondrome de l'omoplate, par Thiriar. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 juillet.) — Contribution à l'étude des tumeurs de l'omoplate, par Thiriar. (*Ibid.*, 15 septembre.) — Ostéosarcome de l'omoplate, ablation totale de l'omoplate avec conservation du membre supérieur, par Colle. (*Bull. méd. du Nord*, 14, p. 305.) — Étiologie et traitement de l'ostéomalacie non puerpérale, par Bleuler. (*Münch. med. Woch.*, 15.) — Castration pour ostéomalacie chez une nullipare, par Preindlsberger. (*Wiener klin. Wochens.*, 21.)

Ovaire. — Étude d'histologie comparée des ovaires, par Foerster. (*Americ. j. of obst.*, octobre.) — Les hémorragies dans l'ovarite scléro-kystique, par Pilliet. (*Ann. de gynéc.*, novembre.) — Du prolapsus utéro-vaginal dans les kystes de l'ovaire, par Thiriar. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 juillet.) — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, par Boiffin. (*Arch. prov. de chir.*, II, 9.) — Énorme kyste de l'ovaire chez une jeune fille de 17 ans, par Dayot. (*Ibid.*) — Extirpation des ovaires et des trompes chez les aliénées et les névrotiques, par Church. (*Americ. j. of obst.*, octobre.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire chez une jeune fille de 14 ans 1/2, ovariotomie, guérison, par Monnier. (*France méd.*, 22, p. 337.) — Hermaphrodisme, double kyste dermoïde des ovaires, kyste paraovarique, ablation, guérison, par Audoin. (*Soc. anat. Paris*, 21 juillet, et *Ann. de gynéc.*, novembre.) — Kyste de l'ovaire (épithéliome mucoïde) inclus dans le ligament large, étranglement interne, par J. L. Reverdin. (*Revue méd. Suisse romande*, XIII, 224.) — Une complication rare des kystes ovariques, par Potherat. (*Rev. gén. de clin.*, 29, p. 454.) — Kyste ovarique à évolution rapide, par Parizot. (*Bourgogne méd.*, 1er avril.) — Des tumeurs malignes de l'ovaire, par Emanuel. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVII, 1.) — Un cas de tératome de l'ovaire avec étranglement intestinal intra-abdominal, formation de fistule, opération, guérison, par Sieveking. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 1 et 2.) — Sur un cas de tératome solide de l'ovaire, par E. Schreiber. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXIII, 1.) — Sarcome bilatéral de l'ovaire, par Theilhaber. (*Münch. med. Woch.*, 28, p. 534.) — Drainage

des kystes de l'ovaire impossibles à enlever par suite d'adhérences, par Vanderveer. (*N. York med. j.*, 11 novembre.) — Ovariotomie chez les femmes âgées, par Hall. (*Mississipi valley med. Assoc.*, 4 octobre.) — Ovariotomie chez une femme de 74 ans, par Clark. (*Brit. med. j.*, 9 septembre.) — Considérations sur les ovariotomies abdominales, par Gabrilescu. (*Thèse de Jassy.*) — Ovariotomie dans le cours d'une septicémie puerpérale à forme prolongée, guérison, par Leroy des Barres. (*Ann. de gynéc.*, septembre.) — Ovariotomie post partum, par Lawrence. (*Ann. de gynéc.*, novembre.)

P

Palais. — Démonstration des mouvements du voile du palais chez une opérée de sarcomes récidivants de l'orbite, par Hadra et Gutzmann. (*Berl. klin. Woch.*, 15 mai.) — Etude de la tubérosité palatine chez les aliénés et les sujets sains, par Nücke. (*Arch. f. Psychiat.*, XXV, 2.) — Anomalie congénitale du voile du palais, par Broeckaert. (*Ann. mal. de l'or.*, octobre, p. 895.) — Deux cas de tuberculose de la peau et de la voûte palatine, perforation dans un cas, par Obraszow. (*Vratch*, 22.) — Tuberculose de la muqueuse du palais, par Keller. (*Soc. Berl. de derm.*, 2 mai.) — Adhérence totale (il restait une fistulette) du voile du palais, syphilis, par Couetoux. (*Ann. mal. de l'or.*, octobre.) — Sarcome du voile du palais, transformation d'un papillome en tumeur maligne, ablation du voile, mort, par Simpson. (*N. York med. j.*, 28 octobre.) — Epithélioma de la luette et de l'arc palatin, par Schiffers. (*Ann. mal. de l'or.*, octobre, p. 903.) — Méthode originale de restauration de l'arcade alvéolique dans les cas de bifidité antérieure du palais osseux et de correction des difformités des ailes du nez dans le bec de lièvre, par Wyeth. (*Journal Americ med. Ass.*, 12 août.) — L'état de la voûte palatine après les restaurations, par Bond. (*Lancet*, 9 septembre.) — Le cautère dans l'uvulotomie, par Amory de Blois. (*N. York med. j.*, 21 octobre.)

Paludisme. — Observations microscopiques sur l'hématozoaire du paludisme, par Hehir. (*Indian med. record*, VI, 7, p. 207.) — Le microbe de la malaria, par Fajardo. (*Rio de Janeiro.*) — Sur la signification des formes à flagella de la malaria de l'homme et des oiseaux, par Labbé. (*Soc. de biol.*, 28 octobre.) — Objections à la théorie de l'hématozoaire, par Ronald Ross. (*Med. reporter*, II, 3, 1er mars.) — Sur un cas de fièvres malariennes à longs intervalles, par G. Montesano. (*Bulletino Societa Lancisiana Roma*, avril, p. 53.) — Sur les hémoglobinuries de la malaria, par Bastianelli et Bignami. (*Ibid.*, mai, p. 81.) — Sur la transmission des parasites de la malaria de la mère au fœtus, par Bastianelli. (*Ibid.*, avril, p. 48.) — La fièvre intermittente dans les maladies du foie, par L. Carpani. (*Il Morgagni*, avril.) — Pseudo-sclérose en plaques d'origine palustre, par Triantaphylidés. (*Arch. de neur.*, septembre.) — Traitement du paludisme dans ses formes éloignées et hors de son foyer d'origine, par Collin. (*Gaz. des hôp.*, 28 septembre.) — De l'action anti-paludique du bleu de méthylène, par Kétli. (*Ungar. Arch. f. Med.*, II, 1.)

Pancréas. — Modifications de la cellule pancréatique pendant l'activité sécrétoire, par Ver Eecke. (*Arch. de biol.*, XIII, 1.) — Rate et pancréas, par

Herzen. (*Soc. de biol.*, 29 juillet.) — Digestion pancréatique, par Dastre. (*Ibid.*) — Formation des îlots de Langerhans dans le pancréas, par Laguesse. (*Ibid.*) — De l'influence des solutions de bicarbonate de soude, de sel marin, d'acide carbonique et de quelques eaux alcalines sur la sécrétion du suc pancréatique, par Becker. (*Arch. de biol. St. Pétersbourg*, II, 3.) — Le pancréas nutritif, par Gley. (*Tribune méd.*, 7 octobre.) — Des lésions consécutives à l'extirpation du pancréas, par A. et E. Cavazzani. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXII, 3.) — Un cas de kyste du pancréas, par Flaischlen. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVII, 1.)—Kyste traumatique du pancréas, par Brown. (*Leeds and West riding med. chir. Soc*, 3 novembre.)— Un ... pancréatique, par H. Stieda. (*Centralblatt für allg. Path.*, 12, 20, juin.)— Kyste du pancréas, ablation, par Sharkey et Clutton. (*St. Thomas's hosp. Rep.*, XXI, p. 1.) — Cancer primitif du pancréas méconnu, cancers secondaires du foie et du poumon, phénomènes de gangrène pulmonaire, par Auvray. (*Bull. Soc. anat. Paris*, 23 juin, p. 453.) — Cancer du pancréas, par Ranglaret. (*Ibid.*, 7 juillet.)

Pansement. — De la désinfection des objets de pansement, par Ostwalt. (*Progrès médical*, 7 octobre.) — Préservation des ligatures au catgut, par Haward et Slater. (*Lancet*, 11 novembre.) — Des éléments de l'asepsie et de la direction pratique du traitement aseptique des plaies, par Braatz. (*Stuttgard.*) — Expériences sur la désinfection des plaies, par Schimmelbuch. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 juillet.) — Inefficacité des vapeurs mercurielles dans la stérilisation des instruments, par Auché et Le Dantec. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 juillet.) — De l'asepsie en chirurgie courante, en chirurgie d'urgence et à la campagne, par Forgue. (*Semaine méd.*, 1er nov.) L'usage et l'abus du drainage, par Marey. (*Pan Americ. med. Cong.*, septembre.) — Acétanilide comme pansement des plaies, par Harrell. (*Med. News*, 14 octobre.) — De l'eau chaude en chirurgie, par Reclus. (*Union médicale*, 27 juillet.)

Paralysie. — La déviation de la langue dans la paralysie faciale, par Hitzig. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 décembre.) — Sur la motilité de l'orbiculaire des lèvres dans la paralysie faciale des hémiplégiques, par Féré. (*Soc. de biol.*, 21 octobre.) — Sur un cas de paralysie périphérique de l'hypoglosse, par Montesano. (*Bolletino Societa Lancisiana Roma*, juillet, p. 197.) — Le syndrome de Gubler-Millard, par Weil. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Coupes en séries dans un cas de paralysie spinale infantile, par Kohnstamm. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIII, 5 et 6.) — Pathologie et distribution des paralysies atrophiques, par Ferrier. (*Brit. med. journ.*, 30 septembre.) — Paralysie labio-glosso-cérébrale, par Lépine. (*Lyon méd.*, 22 octobre.) — Observation de paralysie glosso-laryngée pseudo-bulbaire avec autopsie, par Sacaze. (*Rev. de méd.*, septembre.) — De la paralysie spinale spasmodique, par Schule. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IV, 3 et 4.) — De la paralysie spinale spasmodique héréditaire, par V. Strümpell. (*Ibid.*) — Un cas d'hémiparaplégie complètement guéri au bout d'un an, par Mettler. (*Journal Americ med. Ass.*, 23 septembre.)

Paralysie agitante. — Maladie de Parkinson survenue à la suite d'une chute sur la tête par Glorieux. (*La policlin. Bruxelles*, 1er avril.)

Paralysie générale. — Contribution à l'étiologie de la paralysie générale, par Kaes. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LXIX, 3, p. 614.) — De l'étiologie de la paralysie générale, par Cristiani. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 2 et 3.) — Paralysie générale dans l'adolescence, par Bristowe. (*Brit. med. j.*,

18 novembre.) — La période prodromique à forme neurasthénique dans la paralysie générale, par Ballet. (*Semaine méd.*, 22 novembre.) — Les troubles oculaires dans la paralysie générale progressive, par G. Ballet. (*Progrès médical*, 10 juin.) — Rapports du réflexe patellaire avec quelques réflexes oculaires dans la paralysie générale par Oliver. (*Med. News*, 11 novembre.) — Les lésions de la paralysie générale, par Dagonet. (*Ann. méd. psych.*, novembre.) — L'importance des lésions histologiques fines de l'écorce dans la paralysie générale, par Carter. (*Brain*, 63).

Parole. — Les troubles de la parole, aphémie, par J. Wyllee. (*Edinb. med. j.*, novembre.)

Parotide. — Contribution à la connaissance des tumeurs de la parotide (cylindrome et chondromyxome endothéliaux), par von Ohlen. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XIII, p. 450.) — Note sur l'examen histologique d'une tumeur mixte de la parotide et sur un nouveau mode de formation cartilagineuse, par Coyne. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 juin.) — Parotidite consécutive aux opérations abdomino-pelviennes, par Brewis. (*Edinb. med. j.*, novembre.)

Pathologie. — La pathologie comme base de la médecine rationnelle, par Pye-Smith. (*Brit. med. j.*, 21 octobre. — De la méthode ave laquelle il convient d'aborder la médecine, par Lépine. (*Rev. de méd.*, novembre.)

Paupière. — Des mouvements anormaux des paupières, par Albrand. (*Deutsche med. Woch.*, 13, p. 297.) — Des blépharites et de leur traitement, par Valude. (*Union médicale*, 30 septembre.) — Du traitement du trachome et du lupus de la paupière par le tatouage médicamenteux, par Armaignac. (*Journ. méd. Bordeaux,* 30 juillet.) — Chancre des paupières, par Panas. (*Tribune médicale*, 20 juillet.) — Epithélioma des paupières et du globe de l'œil, par Duplay. (*Rev. gén. de clin.*, 34, p. 529.)

Peau. — Les terminaisons nerveuses sensitives de la peau de l'homme; contribution à l'histologie normale, par A. Rossi. (*Riforma medica,* 26 août.) — De l'emploi des méthodes optiques dans l'examen de la peau, par Liebreich. (*Therap. Monats.*, novembre.) — Influence de la lumière solaire sur la peau, par Bowles. (*Brit. j. of dermat.*, août.) — Absorption par la peau, par S. Fubini et P. Pierini. (*Boll. Accad. di med. Roma*, 2.) — L'état actuel et les progrès de la dermatologie, par Lassar. (*Dermat. Zeitsch.*, I, 1.) — Un système dermatologique d'après les données anatomo-pathologiques d'Hebra, par Jessner. (*Monats. f. prakt. Dermat. Erganzungsheft*, 3.) — De la relation de quelques maladies de la peau avec les troubles gastro-intestinaux, par Pick. (*Weiner med. Presse*, 30 juillet.) — Dermatite provoquée par le dermatol, par Mathews. (*Therap. Monats.*, 8, p. 462.) — Du diagnostic différentiel des épidermidoses et des chorioblastoses, à propos d'un cas d'acanthosis nigricans, par Mourak. (*Monats. f. prakt. Dermat.,* XVII, 8.) — Etude de l'hyperkératose des conduits glandulaires, par Mibelli. (*Monats. f. prakt. Derm.*, XVII, 9.) — Un cas de dermatite herpétiforme de Duhring, par von Funk. (*Monats. f. prakt. Derm.*, XVII, 6.) — Dermatoses suppuratives, par Tenneson. (*Union médicale*, 522, juin.) — Sur un cas d'érythrodermie chronique sèche exfoliante d'emblée, par Audry. (*Gaz. hebd. Paris*, 23, p. 270.) — D'une hyperkératose non encore décrite, par Respighi. (*Giorn. ital. mal. veneree*, XXVIII, 3.) — Glycosurie, symptôme additionnel indiquant l'origine névrotique de la dermatite herpéti-

forme, par Winfield. (*Journ. of cutan. dis.*, novembre.) — Le tokelau, par Bonnafy. (*Arch. de méd. nav.*, octobre.) — Tumeurs malignes de la peau et principalement de la face, par Corlett. (*New York med. record*, p. 294, 2 septembre.) — Un nouveau mode de production de l'ulcération de la peau dans les sarcomes adhérents à la peau, par A. Rossi. (*Il Morgagni*, juillet.) — Du traitement arsenical des cancers cutanés, par Oscar Lassar. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 juin.) — Les soins à donner à la peau, par Saalfeld. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 avril.) — Considérations générales sur le traitement des dermatoses, par Lailler. (*Gaz. des hôp.*, 19 sept.) — De l'hydrothérapie dans les dermato-neuroses, par Béni-Barde. (*Bull. Acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 30 août.) — Traitement des verrues par l'usage interne de l'arsenic, par Sympson. (*Sheffield med. j.*, octobre.) — Alumnol dans les maladies de la peau, par Gottheil. (*N. York med. j.*, 4 novembre.) — Du traitement mécanique des maladies de la peau, par Engman et Unna. (*Monats f. prakt. Dermat.*, XVII, 10.) — De la pâte de zincœsype, par Berliner. (*Ibid.*, XVII, 10.)

Pellagre. — Sur l'étiologie de la pellagre, par de Giaxa. (*Annali dell Istit. d'Ig. sperim. d. R. Univ. di Roma*, II et *Hyg. Rundsch.*, III, 11, p. 506.) — Contribution à l'étiologie de la pellagre; recherches chimiques et bactériologiques sur les altérations du maïs, par B. Gosio. (*Giornale Accad. di med. Torino*, juin, p. 484.)

Périnée. — Restauration périnéo-vaginale, par Jenks. (*Americ j. of obst.*, nov.) — Le périnée sous le rapport obstétrico-gynécologique, par G. Carbonelli. (*Giornale Accad di med. Torino*, mars et mai.)

Péritoine. — Péritonite et cellulite pelviennes, par Keiller. (*Americ j. of obst.*, septembre.) — Péritonite purulente avec pseudo-iléus, par Prégoldina. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 août.) — Au sujet de la péritonite aiguë rhumatismale, par Laveran. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 juin.) — Obs. de tuberculose des appendices et du péritoine, par Alban Doran. (*Brit. med. j.* 21 octobre.) — Péritonite tuberculeuse à forme fibreuse, occlusion intestinale pendant quatre jours et demi, guérison par Colin. (*Arch. de méd. mil.*, septembre.) — Sur la curabilité de la péritonite tuberculeuse, par Variot. (*Journ. de clin. infant.*, I, 4.) — Recherches expérimentales sur l'action de la laparotomie dans la tuberculose péritonéale chez les animaux, par Kischenski. (*Ann. chir. russes*, p. 595.) — Recherches expérimentales sur les effets de la laparotomie dans les péritonites tuberculeuses, par A. Nannotti et O. Baciocchi. (*Riforma medica*, 21 juin.) — Endothéliome du péritoine, par Dionisi. (*Boll. Societa Lancisiana degli Ospedali Roma*, p. 22.) — Cas de pseudo-myxome du péritoine; obs. sur la formation de l'hyaline, par Bettmann. (*Americ j. of med. sc.*, octobre.) — Sarcome des ganglions rétro-péritonéaux, par Pellegrini. (*Riforma medica*, 1er mars.)

Pharmacologie. — Le catha edulis, par Collin. (*Journ. de pharm.*, 15 oct.) — Le cytise des anciens, par Saint-Lager. (*Lyon méd.*, 26 nov.) — Sur le cannabis indica, par Edes. (*Boston med. journal*, 14 sept.) — Du moyrapuama au point de vue pharmacologique, par Rebourgeon. (*Soc. de thérap.*, 11 oct.) — Notes sur le dosage des alcaloïdes dans les médicaments galéniques à base d'aconit, de belladone, de jusquiame, de stramoine et de ciguë, par Ranwez. (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, 6, p. 555.) — Grindelia robusta, étude pharmacologique, par L. d'Amore. (*Il Progresso medico*, 31 août et 15 septembre 1893, p. 365 et 411.) — Sur l'huile essentielle

de sabine, par Fodera. (*Archiv. di farmac. e terapeutica*, 5, p. 140.) — Sur la composition chimique du goudron de pin et sur ses propriétés désinfectantes, par Nencki et Sieber. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, II, 3.) — Sur les combinaisons de l'acide picrique avec les phénols, par Gœdiké. (*Ibid.*) — L'action désinfectante des monochlorophénols et de leurs éthers salicyliques, et leurs métamorphoses dans l'organisme, par Karpow. (*Arch. des sc. biol. St-Pétersbourg*, II, 3.) — Sur quelques dérivés de la phénocolle, le paramidophénétol et l'anisidine, par F. Nicola. (*Giornale Accad. di med. Torino*, juillet, p. 550.) — La phénacétine a-t-elle des propriétés convulsivantes, par Illoway. (*Med. News*, 26 août.) — Propriétés nouvelles du salol, par Reynier. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 489.) — Du gaïacol synthétique, par Gilbert et Maurat. (*Soc. de biol.*, 18 nov.) — De l'ioderubidium, par Leistikow. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVII, 10.) — Sur le di-iodoforme, par Maquenne et Taine. (*Soc. de thér.*, 8 nov.) — De quelques actions de la formaldéhyde, par Gegner. (*Münch. med. Woch.*, 32, p. 599.) — La formaldéhyde comme antiseptique, par Blum. (*Ibid.*, 32, p. 601.) — Expériences sur l'oxychinaseptol (Diaphthérine) comme antiseptique, par Steinmetz. (*Ibid.*, 31, p. 582.) — Le lysol est-il toxique, par Drews. (*Therap. Monats.*, oct.) — L'oxyde de carbone au point de vue pharmacologique, par A. Marcacci. (*Arch. di farmac. e terapeutica*, 3, p. 65.) — Etude des extraits organiques dits cérébrine, par Stockwell. (*Med. News*, 26 août.) — Sur quelques substances végétales des Indes néerlandaises, par P.-C. Plugge. (*Archiv für exper. Path.*, XXXII, 3 et 4, p. 266.) — Sur la toxicité de l'hypaphorine, alcaloïde extrait de l'hypaphorus subumbrans Haskarl, par P.-C. Plugge. (*Ibid.*, XXXII, 3 et 4.) — De la pharmacologie du mercure, par Dreser. (*Ibid.*, XXXII, 5 et 6.) — Action du sélénium et du tellurium, par Czapek et Weil. (*Ibid.*, XXXII, 5 et 6.) — De l'action physiologique du phénocolle, par Mosso et Faggioli. (*Ibid.*, XXXII, 5 et 6.) — La teinture d'iode décolorée, par A. Astolfi. (*Arch. di farmac. e terapeutica*, 3, p. 77.)

Pharynx. — Le toucher rhino-pharyngien, par Lermoyez. (*Rev. gén. de clin.*, 25 oct.) — Contribution clinique et anatomo-pathologique aux affections de la voûte naso-pharyngée, par Strazza. (*Arch. ital. di otologia*, I, 4.) — Abcès rétro-pharyngien, mort subite, par Aviragnet. (*Rev. mal. de l'enf.*, oct.) — Un cas de mycosis leptothritique pharyngé, par Wood. (*Med. News*, 7 oct.) — De la pharyngomycose leptothricienne, par Stern. (*Münch. med. Woch.*, 20, p. 381.) — Mycosis leptothrix des amygdales, du pharynx et de la base de la langue, par Cheatham. (*Americ. practitioner and news*, mai.) — Pharyngo-mycose, par Hemenway. (*N. York med. Record*, 14 janv.) — Un cas de tuberculose pharyngée, par Schepilewski. (*Vratch*, 31, p. 856.) — De la gangrène primitive du pharynx, par Blumenau. (*Med. Obozrenie*, XXXIX, 12.) — De la syphilis des voies aériennes supérieures, par Seifert. (*Deut. med. Woch.*, 19 oct.) — Sur un cas d'adhérences cicatricielles des piliers postérieurs du voile du palais au pharynx, à la suite d'une angine variolique, libération des piliers, prothèse temporaire, guérison, par Albertin. (*Province méd.*, 26 août.) — Des végétations adénoïdes et de leur ablation, par Koppe. (*Thèse de Kiel.*) — Végétations adénoïdes du naso-pharynx, par Sympson. (*Arch. of pediat.*, sept.) — Traitement des végétations adénoïdes, par Hardie. (*North americ. practitioner*, mai.) — Les tumeurs adénoïdes cause des affections de l'oreille, par Lederman. (*Pan americ. med. Cong.*, 5 sept.) — Le pronostic ultime des hypertrophies adénoïdes négligées, par Bryson Delavan. (*Pan americ. med. Cong.*, sept.) — De l'hypertrophie du tissu adénoïde du naso-pharynx et en particulier de l'amygdale pharyngée, par Tissot. (*Arch. de méd. nav.*, nov.)

— Traitement par la résorcine en solution concentrée de l'hypertrophie du tissu lymphoïde pharyngien, végétations adénoïdes, par MARAGE. (Broch. *Corbeil*, 1892.) — Adénotome pour les tumeurs adénoïdes du pharynx, par GIBBONS. (*N. York med. j.*, 21 oct.) — Nouveaux instruments pour l'ablation des adénoïdes, par BATES. (*N. York med. Record*, 2 sept.) — Du traitement des fibro-myxomes naso-pharyngiens, par WAGNIER. (*Rev. de laryngol.*, 15 nov.) — Deux cas de polypes naso-pharyngiens guéris par la cautérisation galvanique, par BOBONE. (*Bol. d. mal. dell' orecchio*, XI, 9.) —Résection ostéoplastique du maxillaire supérieur pour des polypes naso-pharyngiens, méthode nouvelle, par MOULLIN. (*Lancet*, 30 sept.) — Des tumeurs malignes du cavum naso-pharyngé, par RONCALLI. (*Arch. ital. di otol.*, I, 2.) — Massage de la muqueuse des voies aériennes supérieures, par DEMME. (*Wiener klin. Woch.*, 21.)

Photographie. — Nouveau procédé pour photographier sous un faible grossissement les préparations microscopiques, par O. NIESER. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 juillet.)

Phthiriase. — Albuminurie dans un cas de phthiriase, par BEAUDOUIN. (*Normandie méd.*, 15 oct.)

Physiologie. — La physiologie et les sciences exactes, par BURDON SANDERSON. (*Rev. scientif.*, 11 oct.)

Pied. — Le pied préhensile au point de vue de la médecine légale et de la psychiatrie, par OTTOLENGHI et CARRARA. (*Arch. d'anthrop. crimin.*, sept.) — De l'ongle incarné, par NICAISE. (*Rev. de chir.*, nov.) — Vingt-trois cas d'ongles incarnés opérés par la méthode d'Anger, par DOWD. (*New York med. Record*, p. 289, 2 sept.) — Des appareils redresseurs par étapes dans les difformités du pied, par J. WOLFF. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 527, 29 mai.) — Traitement des tuberculoses du tarse, par PHOCAS. (*Arch. prov. de chir.*, II, 10.) — Valeur pratique de la tarsoclasie, par DELORE. (*Ibid.*, II, 11.) — Ostéosarcome du pied, par MONTAZ. (*Dauphiné méd.*, 1er mai.) — Sur le pied-bot, par OWEN. (*Journal americ. med. Ass.*, 26 août.) — Les perfectionnements du traitement du pied-bot, par DAVY. (*Lancet*, 14 oct.) — Un cas de pied-bot invétéré guéri par la résection totale du tarse, par DEBAISIEUX. (*Ann. Soc. belge de chir.*, 15 mai.) — Traitement du pied-bot paralytique par l'anastomose tendineuse, par CERNÉ. (*Normandie méd.*, 15 oct.) — Traitement des pieds-bots; procédé à ciel ouvert; sept opérations. Torticolis opérés d'après le même procédé, par NUIJENS. (*Annales Soc. de méd. d'Anvers*, p. 91, avril.) — Double pied-bot, varus congénital invétéré; opérations multiples en une séance, par WILLEMS et POIRIER. (*Ibid.*, p. 119, mai.) — Pied plat douloureux par synovite tuberculeuse de la gaine des péroniers latéraux; guérison, par DENUCÉ. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er janvier.)—Hyperidrose et pied plat, par THOMASZEWSKI. (*Wiener med. Presse*, 6, août.) — Opération pour le pied plat, par GLEICH. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 juillet.)

Pityriasis. — Pityriasis rubra dans un cas de diabète, par HORDEN. (*Lancet*, 28 oct.)

Placenta. — Etiologie microbienne identique de l'infarctus blanc du placenta et de l'endométrite proliférante gravidique, par Alexandre FAVRE. (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, p. 324.) — Douze cas de placenta prœvia, par RUEDER. (*Münch. med. Woch.*. 33, p. 619.) — Curetage utérin pour

rétention de débris placentaires, par de Coquet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 sept.)

Plèvre. — Les affections de la plèvre, par C. Gerhardt. (*Stuttgart.*) — Discussion sur l'étiologie et les formes de la pleurésie. (*N. York state med. Assoc.*, 9 oct.) — Epanchement pleural consécutif à un effort thoracique sans contusion, par Specker. (*Revue méd. de l'Est*, 11, p. 338.) — Un cas de pleurésie séreuse, tuberculeuse et streptococcique, par Sacaze. (*Montpellier méd.*, 17, p. 325.) — Histoire d'une pleurésie hémorragique et d'un anévrisme de l'aorte thoracique, par Grasset. (*N. Montp. méd.*, 20, p. 385.) — Sur la pleurésie tuberculeuse, par Osler. (*Boston med. journal*, 20 juil.) — De la guérison de la pleurésie, par Aufrecht. (*Therap. Monast.*, sept.) — De l'empyème, par Babcock. (*Journal americ. med. Ass.*, 15 juillet.) — Empyème ouvert dans les bronches, par Mackey. (*Lancet*, 7 oct.) — Empyème, son traitement chirurgical, par Beck. (*Pan americ. med. Cong.*, sept.) — Obs. d'empyème pulsatile guéri par le procédé de Pittarelli, par Pittarelli. (*Gaz. d. ospitali*, nº 120.) — Traitement de la pleurésie purulente par la pleurotomie suivie de l'application du syphon de Revilliod, par Lop. (*Arch. gén. de méd.*, oct.) — Thoracotomie pour empyème, suite de coqueluche, chez un enfant de 3 ans, par Henry. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIII, 219.)

Poumon. — Congestion pulmonaire, par Dieulafoy. (*Ann. de méd.*, 8 nov.) — Recherches sur l'immunisation des lapins contre le pneumocoque, à l'aide d'injections de cultures virulentes de ce microbe, par N. Pane. (*Riv. clin. e terapeutica*, 11, p. 641, 1892.) — La pneumonie consécutive à la thyroïdectomie et la pneumonie par section du pneumogastrique chez le lapin, par F. Capobianco. (*Riforma medica*, 20 juillet.) — A propos de pneumonie due à la section des vagues, par Villa. (*Arch. per le sc. med.*, XVII, 2.) — Etiologie de la pneumonie croupale (contagion, bronchite antécédente; froid cause prédisposante), par Lindström. (*Hygiea*, mars.) — Nouveau signe de diagnostic précoce de la pneumonie croupale, par Morison. (*Lancet*, 23 sept.) — De la leucocytose élément pronostic dans la pneumonie, par Cabot. (*Boston surg. journal*, 3 août.) — Fièvre pneumonique. Sa symptomatologie, par Wells. (*Journal americ. med. Ass.*, 29 juillet.) — De l'hémiplégie pneumonique, par Salomon. (*Thèse de Paris*, 22 nov.) — La tuméfaction parotidienne dans la pneumonie, par Fiessinger. (*Gaz. méd. Paris*, 15 juillet.) — Des érythèmes pneumoniques chez l'enfant, par Gillet. (*Rev. gén. de clin.*, 27, p. 421.) — Un cas d'hémiplégie pneumonique, par R. Massalongo et E. Bonatelli. (*Gazzetta degli ospitali*, 55.) — Sur quelques conditions qui déterminent le pouvoir pyogène du diplocoque pneumonique, par Bignami. (*Bollettino Societa Lancisiana Roma*, 1892, p. 18.) — Sur l'endocardite pneumonique, par Bignami. (*Ibid.*, juin 1892, p. 158.) — Septicémies secondaires dans l'infection pneumonique prolongée et compliquée, par Bernabei. (*Ibid.*, mai 1892, p. 92.) — Pneumonie avec phénomènes d'infection générale. Présence du bacterium coli commune dans le poumon, le foie, la rate et les reins, par Leudet. (*Normandie méd.*, 1er octobre.) — Méningite cérébro-spinale et péricardite consécutives à la pneumonie, par Venturi. (*Sperimentale*, 30 avril.) — Traitement de la pneumonie, par Lemoine. (*Rev. gén. de clin.*, 27, p. 418.) — Traitement de la pneumonie, par Shattuck. (*Boston med. journal*, 10 août.) — Traitement de la pneumonie par le tartre stibié, par Borchard. (*Thèse de Greifswald.*) — Les toniques cardiaques dans la pneumonie, par Lazzaro. (*Arch. di farmac. e terap.*, 15 juin.) — Du traitement de la pneumonie par les bains froids, par Differdange. (*Thèse de Paris*, 9 nov.)

— Etiologie, pathogénie et traitement de la pneumonie, par N. Ferrara. (*Il progresso medico*, 15 mai.) — La sérothérapie et la pneumonie, par H. Audéoud. (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, 130.) — Sur les rapports d'un kyste dermoïde et d'un cysto-sarcome malin du poumon gauche, par Léonh. Jores. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXIII, 1.) — Sarcome du médiastin, du poumon et de la plèvre, par Cantu. (*Gaz. d. Ospit.*, 34.) — Hernie du poumon, par Chavannaz. (*Journ. méd. Bordeaux*, 6 août.) — Chirurgie du poumon, par Mauclaire. (*Tribune méd.*, 21 septembre.) — Traitement chirurgical des cavernes pulmonaires, par Dandridge. (*N. York state med. Assoc.*, 9 octobre.) — Résection de la paroi thoracique et du poumon, guérison, par W. Müller. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 1 et 2.) — Cas de pneumothorax, par Vickery. (*Boston med. Journal*, 20 juillet.)

Prostate. — Hypertrophie de la prostate ; vessie à colonnes ; néphrite ascendante, par Aslanian. (*Marseille médical*, 13, p. 345.) — Des abcès de la fosse iliaque (adénite iliaque) consécutifs à des lésions prostatiques, par Bazy. (*Mercredi médical,* 12, p. 133.) — L'état actuel de la chirurgie de l'hypertrophie prostatique, par White. (*Brit. med. j.*, 9 septembre.) — Établissement et maintien d'un urètre artificiel au-dessus de la symphise pubienne dans l'obstruction chronique prostatique, par Hayes. (*Journal Americ. med. Ass.*, 26 août.) — Une nouvelle sonde évacuatrice dans les cas d'hypertrophie de la prostate, par Gripat. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, novembre.) — Cystotomie et cystostomie chez les prostatiques, par Desnos. (*Ibid.*, novembre.) — Cystotomie sus-pubienne chez trois prostatiques atteints d'accidents urinaires graves, par Rollet. (*Arch. prov. de chir.*, II, 11.) — Ligature de l'artère iliaque interne contre l'hypertrophie prostatique, par Bier. (*Wiener klin. Woch.*, 32.) — Hypertrophie prostatique traitée par la castration, par Rocum. (*Cent. f. Chir.*, 2 septembre.) — Un cas d'extirpation totale de la prostate, par Dittel. (*Int. klin. Rundschau*, 25.)

Prurigo. — Prurigo et prurits cutanés, par Gaucher. (*Ann. de méd.*, 13 septembre.) — Traitement du prurigo par le massage, par Hatschek. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 6.) — Traitement du prurit, par Bronson. (*Americ. dermat. Assoc.,* 5 septembre.)

Psoriasis. — Traitement du psoriasis, par Coffin. (*Mercredi médical*, 27, p. 321.) — Traitement du psoriasis, par Thibierge. (*Semaine méd.*, 25 octobre.) — Traitement du psoriasis par l'ingestion de suc thyroïdien, par Bramwell. (*Brit. med. j.,* 28 octobre.)

Psorospermose. — Nouveaux faits relatifs à la psorospermose ou grégarinose, par Delépine et Cooper. (*Brit. med. j.*, 14 octobre.)

Psychologie. — Les défauts de l'intelligence humaine, par Ferrero. (*Rev. scientif.*, 30 septembre.)

Psychose. — Étiologie et formes cliniques des psychoses puerpérales, par Toulouse. (*Gaz. des hôp.,* 30 septembre.) — Signification étiologique de la personnalité hétérogène, par Baker. (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.) — Des rapports entre la migraine ophtalmique et les états psychopathiques transitoires, par Mingazzini. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 2 et 3.) — De l'étiologie des troubles mentaux consécutifs aux opérations gynécologiques, par Rohé. (*N. York med. j.*, 14 octobre.)

Ptomaïnes. — Introduction à l'étude des alcaloïdes végétaux et des ptomaïnes, par J. Guareschi. (*Archives italiennes de biologie*, XIX, p. 171.) — Ptomaïnes, par O. Schrön. (*Il Morgagni*, p. 189, avril.)

Puerpéral. — De l'infection puerpérale, par Ayers. (*Pan-Americ. med. Cong.*, septembre.) — De la fièvre de résorption dans les suites de couches et de l'auto-infection, par Ahlfeld. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVII, 2.) — Deux cas de fièvres puerpérales, par Bahnaud. (*Bull. Soc. de méd. d'Angers*, p. 56.) — Infection coli bacillaire post-puerpérale, endocardite végétante, embolie septique de la sylvienne, par Rendu. (*Bull. méd.*, 6 septembre.) — De l'hémorragie puerpérale, par Kerr. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 23 septembre.) — Phlegmatia alba dolens post-puerpérale du membre supérieur gauche, guérison, par Boix. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Des névrites puerpérales, par Lamy. (*Gaz. hebd. Paris*, 15, p. 170.) — De l'hémiplégie puerpérale, par Quincke. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IV, 3 et 4.)— De la folie puerpérale, par Rohé. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 septembre.) — L'emploi des eaux de Highland dans l'éclampsie, la néphrite puerpérale et les vomissements de la grossesse, par M'Gillicuddy. (*N. York med. journ.*, 26 août.) — Pathologie et traitement de l'infection puerpérale, par Ayers. (*Americ. j. of obst.*, novembre.)

Pyohémie. — Érythème noueux dans le cours d'une infection purulente, par L. Brodier. (*Médecine moderne*, 9 septembre.) — Septicité, septicémie, pyohémie, par Salomoni. (*Riforma medica*, 8 août.) — Infection purulente occasionnée par des piqûres de sangsues, par Dandois. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 juillet.)

R

Rachis. — Des maladies du rachis, par Marsh. (*Lancet*, 30 septembre.) — Scoliose cause de déplacement du rein gauche, par Israel. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 mai.) — Pronostic du railway spine, par Dercum. (*Pan. Amer. med. cong.*, septembre.) — Sciatique guérie ; scoliose croisée persistante, par Chauffard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 5 mai.) — Au sujet de la scoliose sciatique, par Laveran. (*Ibid.*, 12 mai.) — Fracture et luxation du rachis avec lésion de la moelle, par Tunnicliffe. (*Brain*, n° 63.) — Observation sur le mal de Pott, par Whitman. (*New York med. j.*, 28 octobre.) — La moelle dans le mal de Pott, par Burr. (*Med. news*, 11 novembre.) — Tuberculose vertébrale traumatique, par Immermann. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er avril.) — Du décubitus dans le traitement du mal de Pott, par Schapps. (*N. York med. j.*, 21 octobre.) — Mal de Pott guéri par des injections de naphtol camphré, par Courtin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 6 août.) — Traitement de la carie lombaire, par Shimwell. (*Med. news*, 21 octobre.) — 2 cas de laminectomie, par Pantzer. (*New York med. journ.*, 26 août.) — L'ostéoplastie rachidienne, par Chipault. (*Gaz. des hôp.*, 21 octobre.) — Note sur un cas d'élastome de la colonne vertébrale, par G. Gatti. (*Il Morgagni*, août.)

Rachitisme. — De la prétendue hérédité du rachitisme, par Comby. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 juin.) — Sur la présence des microorganismes pyo-

gènes dans les cas de rachitisme, par S. Mircoli. (*Giornale accad. di med. Torino*, mai, p. 321.) — La fréquence du rachitisme aux différentes saisons de l'année, par Wallach. (*Münch. med. Woch.*, 29, p. 457.) — Traitement des courbures rachitiques des membres inférieurs, par Schlange, Wolff. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 janvier.)

Rage. — Statistique des inoculations anti-rabiques à l'Institut de Buda-Pesth, par Högyes. (*Chem. Zeit.*, XVI, et *Hyg. Rundschau*, III, p. 362.) — Les vaccinations antirabiques à Moscou, en 1892, par Goldenbach. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 9.) — Statistique du traitement préventif de la rage à Saint-Pétersbourg, par Kraïouchkine. (*Arch. sc. biol. Saint-Pétersbourg.*, II, 3.) — L'immunisation spécifique des éléments des tissus ; contribution à la connaissance de l'immunité et de la séro-thérapie dans la rage, par E. Centanni. (*Riforma medica*, 11 juillet.) – Etude sur la rage et la vaccination antirabique, par Babes. (*Roumanie médicale*, mai.) — Sérothérapie de la rage. Réponse à Babes, par G. Tizzoni. (*Deutsche med. Wochens.*, 7, p. 164.)

Rate. — La rate dans les maladies infectieuses, par Roger. (*Gaz. hebdom. Paris*, 13, 146). — L'immunité dans ses rapports avec les fonctions de la rate, par I. Righi. (*Riforma medica*, 25 juillet.) — Abcès de la rate, par Howe. (*Med., news*, 7 octobre.) — Rate flottante, par Marchand. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 janvier.) — Rate hypertrophiée en ectopie, par Rochet. (*Ann. soc. belg. chir.*, 15 août.) — Extirpation de la rate, un cas, par Lennander. (*Wiener klin. Woch.*, 30.) — Un nouveau cas d'extirpation de rate hypertrophiée tombée dans le petit bassin, par Treub. (*Union médic.* 13 juillet.) — Splénectomie pour rate hypertrophique mobile, suite d'impaludisme mobile, par C. Gangitano. (*Riforma medica*, 3 août.)

Rectum. — Rectite hypertrophique proliférante et sténosante, par Delbet et Mouchet. (*Arch. gén. de méd.*, novembre.) — Atrésie rectale guérie spontanément, par Marer. (*Pester med. chir. Presse*, nº 26.) — Sur un cas de prolapsus complet du rectum, colopexie, par Boiffin. (*Arch. prov. de chir.*, II, 11.) — Prolapsus complet du rectum, amputation, par Edmunds. (*Amer. j. of med. sc.*, novembre.) — Cancer du rectum ; opération de Kraske, par Aslanian. (*Marseille médical*, 13, p. 351.) — 4 cas de cancer du rectum, colotomie inguinale, par Garrard. (*Sheffield med. j.* octobre.) — De la résection du rectum avec section du sacrum en travers, par William Lévy. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 302, 27 mars.) — Les blessures du rectum au point de vue médico-légal, par Adolf Mantzel. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, 3e série, V. 249.)

Réflexe. — Etude sur la valeur séméiologique du réflexe du genou dans quelques maladies génitales, par Nicolas Bamoff. (*Thèse Genève*, 1892.) Du réflexe rotulien, par Shirrington. (*St-Thomas's hosp. rep.*, XXI, p. 145.)

Rein. — De la fonction du rein, par Webster. (*Journal americ. med. Ass.*, 5 août.) — Résultats de l'occlusion complète des uretères, par Robinson. (*Annals. of surg.*, octobre.) — Un cas de pyélite calculeuse avec suppression complète de l'urine pendant 7 jours, guéri par la laparotomie, par Cabot. (*Boston med. journal*, 31 août.)—Sur la nature parasitaire (sporozoaires) de l'uretérite chronique cystique, par G. Pisenti. (*Centralblatt für allg. Path.*, 28 juillet.) — Analogie des lésions cholériques des reins et de celles produites par ligature temporaire de leur artère, par Litten. (*Berlin.

klin. Wochens., p. 364, 10 avril.) — Des pseudo-coliques néphrétiques, par Tuffier. (*Semaine méd.*, 25 octobre.) — Sur le brightisme, par Sée. (*Bull. acad. méd.*, 27 juin.) — Le vertige brightique, par Bonnier. (*Ann. de méd.*, 11 octobre.) — Gravelle oxalique, par Loumeau. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er juin.) — Note sur un cas de néphrite aiguë hémorragique causée par le bactérium coli commune, par Jeanselme. (*Gaz. hebdom. Paris*, 24, p. 280.) — Des complications de la néphrite chronique, par Dabney. (*Journal americ. med. Ass.*, 22 juillet.) — Du mérite relatif de la méthode actuelle de traitement de la pyélo-néphrite, par Price. (*Journal americ. med. Ass.*, 29 juillet.) — Traitement de la néphrite parenchymateuse aiguë, par Aufrecht. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Extirpation du rein pour lithiase rénale, par Dörfler. (*Münch. med. Woch.*, 29, p. 549). — 4 cas de néphrectomie, par Page. (*Lancet*, 11 novembre.) — Fistule uretérale, néphrectomie, guérison, par Condamin. (*Lyon méd.*, 5 novembre.) — Palpation du cathétérisme chez la femme, par Kelly. (*Annals of gynæc.*, mai.) — De la cicatrisation du rein après néphrotomie; néphrectomie pour uretérite, par Israel. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 juillet.) — Anurie complète chez une femme de 74 ans, néphrectomie, guérison, par Fraser et Parkin. (*Lancet*, 16 septembre.) — Le rein mobile, par Verhoogen. (*La policl. Bruxelles*, 1er juillet.) — Sur 2 cas d'hydronéphrose consécutive au rein mobile, par P. Moscato. (*Il progresso medico*, 15 juillet.) — Néphrectomie transpéritonéale pour hydronéphrose droite due à une courbure de l'uretère. Guérison par Schuler. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 mai,) — Néphrectomie pour hydronéphrose, par Sutton. (*London med. soc.*, 13 novembre.) — De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein, par Vigneron. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, septembre.) — Abcès du rein produit par le bactérium coli, par R. Valleggi. (*Riforma medica*, 16 juin.) — Des kystes paranéphritiques, par Adler. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 mars.) — De l'ablation partielle des reins (4 cas) pour tumeurs bénignes, par Kümmell. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 juin.) — Adénome hémorragique du rein, néphrectomie, péritonite, grattage de l'intestin, guérison, par Témoin. (*Arch. prov. de chir.*, II, 10.) — Deux cas d'adéno-sarcomes du rein, par P. Sudeck. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXIII, 3.) — Tumeur hémorragique des reins, par Rolleston et Kanthack. (*Journ. of path. and bact.*, II, 1.) — Etude histologique d'un cas de cancer du rein, par Depage. (*Ann. soc. belge de chir.*, 11 juin.) — Du diagnostic et du traitement des tumeurs malignes du rein, par Rieffel. (*Rev. gén. de clin.*, 29, p. 450.) — Néphrectomie transpéritonéale pour un sarcome à cellules fusiformes, kystique du rein gauche chez un homme de 51 ans; 6 mois plus tard, excision des récidives dans la plaie cutanée, par Israel et Adler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 291, 10 mars.) — Tumeurs fibro-plastiques du rein, par Tillaux. (*Union médicale*, 5 septembre.) — Capsule surrénale située sous la capsule fibreuse du rein droit, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, juillet p. 485.) — Sur une cirrhose de la capsule surrénale, par Pilliet. (*Ibid.*, p. 508.) — Sur les tumeurs hyperplastiques des capsules surrénales, par P. Manasse. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXIII, 3.) — Rupture sous-cutanée du rein, par Le Dentu. (*Bull. méd.*, 27 octobre.)

Résection. — Résection ancienne du coude, par Ferron. (*Journal médical de Bordeaux*, 16 juillet.) — De la résection du poignet dans les affections tuberculeuses graves et suppurées de cette région, résultats éloignés, par Loison. (*Revue de chirurgie*, novembre.) — Procédé de résection temporaire du sacrum, par Gussenbauer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 459, 8 mai.) — Résection du genou pour sarcome à cellules géantes, par Neumann. (*Ibid.*, p. 434, 1er mai.) — De la résection arciforme du genou,

par Helferich. (*Ibid.*, p. 434, 1er mai.) — Ecrasement de l'astragale, énucléation de l'os, guérison, par Redon. (*Arch. de méd. milit.*, octobre.)

Respiration. — Recherches pléthysmographiques sur les mouvements respiratoires chez l'homme, par E. Aron. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXII, 1.) — La force d'aspiration du thorax sous des pressions atmosphériques variables, par G. von Liebig. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 540, 5 juin.) — Nouvelles expériences sur la toxicité de l'air expiré, par Sigmund Merkel. (*Arch. f. Hyg.*, XV, et *Hyg. Rundsch.*, III, 104.)

Rétine. — 4 cas d'hémorragies rétiniennes par bains de pied froids suivant la méthode Kneipp, par Borel. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, p. 323.) — Rétinite dans un cas de leucémie, par Hartridge. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XIII, p. 72.) — Pseudo-rétinite pigmentaire, par Germaix. (*Ann. d'ocul.*, octobre.) — Des inflammations métastatiques de l'œil et de la rétinite septique, par Herrnheiser. (*Zeitschr. f. Heilkunde*, 1 à 3.) — Les tumeurs de la rétine. Le gliome et le cancer mélanique, par Valude. (*Union médicale*, 3 août.) — Gliome de la rétine, par Moulton. (*Opht. record.*, III, 3.)

Rhumatisme. — Pathogénie et nature du rhumatisme articulaire aigu, par Chouppe. (*Bull. méd.*, 5 novembre.) — Sur la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu franc, par Barbier. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 octobre.) — Rhumatisme scarlatineux, par Mantle. (*Sheffield med. j.*, octobre.) — — Rhumatisme des extrémités inférieures et astériosclérose, par Manteuffel. (*Deutsche med. Woch.*, 8, p. 173.) — Des affections rhumatismales chroniques du cou, par Hecht. (*Therap. monats*, novembre.) — L'hydrothérapie et le rhumatisme articulaire chronique, par Winternitz. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 avril.) — De l'absorption de l'acide salycilique par la peau, traitement du rhumatisme aigu, par Bourget. (*Therap. Monats.*, novembre.)

Rougeole. — La période d'incubation de la rougeole, par Kirjakow. (*Vratch*, 34, p. 945.) — Rougeole après une rubéole, par Theodor. (*Arch. f. Kinderh.*, XVI, 1 et 2.) — Des paralysies morbilleuses, par Lop. (*Gaz. des hôp.*, 14 septembre.)

Rubéole. — De la rubéole par Meredith. (*Bristol med. chir. journ.*, sept.) — Sur la rubéole, par Putnam. (*Boston med. journ.*, 13 juillet.)

S

Salivaire. — Calculs salivaires, par Wagner. (*N. York med. j.*, 11 novembre.) — Tuméfaction contagieuse de la glande sous-maxillaire, par Wacker. (*Münch. med. Woch.*, 35, p. 657.)

Sang. — Présence de cellules éosinophiles dans le sang, par Zappert. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIII, 3 et 4.) — Les récentes recherches sur la coagulation du sang, par A. Kossel. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 498, 22 mai.) — Les variations de la quantité de glycogène dans le sang en

bonne santé et dans la maladie, par Livierato. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXII, 3.) — Sur le pouvoir sacharifiant du sérum du sang, par E. Cavazzani. (*Arch. per le sc. med.*, XXII, 2.) — De la synthèse du sang à l'état de santé et de maladie, par V. Jaksch. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIII, 3 et 4.) — Sur la nécrobiose lente des globules rouges dans les conditions normales et pathologiques. Sa valeur séméiologique et clinique, par Maragliano et Castellino. (*Archives italiennes de biologie*, XIX, p. 55.) — L'influence de la température du corps sur les leucocytes, par Rovighi. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXII, 3.) — Action de l'iodoforme sur le staphylocoque et sur les éléments figurés du sang, par Maurel. (*Bull. acad. méd.* et *Bull. méd.*, 9 avril.) — Atlas de microscopie clinique du sang, par H. Rieder. (*Leipzig.*) — Sur l'augmentation du pouvoir microbicide du sang pendant l'infection, par G. Gatti. (*Riforma medica*, 14 août.) — Recherches sur les substances bactéricides du sérum du sang chez le lapin, par E. de Renzi. (*Riv. clin. e terapeutica*, 12, p. 707.) — Recherches sur la propriété bactéricide du sérum sanguin, par P. Jetter. (*Arbeiten aus d. pathol.-anat. Institut zur Tubingen*, I, et *Hyg. Rundsch.*, III, 9, p. 398.) — Des maladies du sang, par Max Herz. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXIII, 2.) — De la saignée en thérapeutique, par Schubert. (*Berl. klin. Woch.*, 17 avril.)

Saturnisme. — Empoisonnement saturnin par le thé, par Williams-Freeman. (*Lancet*, 11 novembre.) — Les anomalies de l'excitabilité électrique indirecte et leurs relations avec le saturnisme chronique, par Gumpertz. (*Deut. med. Woch.*, 33.)

Scarlatine. — Deux attaques de scarlatine en trois mois, par Barker. (*Brit. med. j.*, 14 octobre.) — Deux attaques de scarlatine en quatre mois, par Childe. (*Ibid.*, 11 novembre.) — Un cas de scarlatine puerpérale, par Fiessinger. (*Gaz. méd. Paris*, 7 octobre.) — Des complications de la scarlatine, par Foord-Caiger. (*St. Thomas's hosp. Rep.*, XXI, p. 109.) — Diagnostic entre la rubéole et la scarlatine, par Atkinson. (*Lancet*, 23 septembre.) — Complications de la fièvre scarlatine observées dans 50 cas, par Jackson. (*Boston med. Journal*, 17 août.) — Sur la néphrite scarlatineuse en rapport avec l'étiologie de la scarlatine, par Babes. (*Roumanie méd.*, I, 5.) — De la scarlatine, transmission apparente de l'immunité par l'inoculation du sérum sanguin, par Ashmead. (*University med. magaz.*, octobre.)

Sclérodermie. — Un cas de sclérodermie, par Vitoux. (*Arch. de méd. milit.*, novembre.)

Scorbut. — Sur un bacille produisant la gingivite et les hémorragies dans le scorbut, par Babes. (*Arch. de méd. exp.*, V, 5.) — Sur un cas de scorbut et d'infection palustre accompagné de peptonurie, d'urobilinurie et d'acétonurie, par G. Bœri. (*Riv. clin. e terapeutica*, 6, p. 286.)

Septicémie. — Recherches sur l'immunité septique, par Viquerat. (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, 146.) — Septicémie cryptogénétique, par V. Ascoli. (*Bulletino Societa Lancisiana Roma*, avril, p. 60.) — Septicémie d'origine intestinale, par Marchiafava et Bignami. (*Ibid.*, p. 26.)

Serpent. — Du venin des serpents, son action, son antidote, par A. Mueller. (*Sydney.*) — Traitement des morsures de vipères, par Huchard. (*Rev. gén. de Clin.*, 32, p. 503.)

Sommeil. — Le sommeil paroxystique, par Féré. (*Semaine médicale*, 18 octobre.)

Spina bifida. — Différents degrés de spina bifida, par Hildebrand. (*Berlin klin. Wochens.*, 530, 29 mai.) — Spina bifida, par Van Hassel. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 août.) — Excision d'un spina bifida, par Mayo-Robson. (*Lancet*, 23 septembre.)

Sucre. — La dulcine, un nouveau succédané du sucre (phénétolcarbamide). (*Chem. Zeit.*, XVI, et *Hyg. Rundsch.*, III, 9, p. 416.)

Sueur. — Étude des hyperkératoses des canaux sudoripares, par Mibelli. (*Giorn. ital. mal. veneree*, XXVIII, 3.)

Syphilis. — Sur l'antiquité de la syphilis; de Moïse, hygiéniste, par Jelks. (*Journal americ. med. Ass.*, 22 juillet.) — La syphilis atténuée, par Diday. (*Lyon méd.*, 1er octobre.) — La contagion syphilitique chez les nourrices des enfants assistés, par Paul Raymond. (*Progrès médical*, 5 août.) — Réinfection syphilitique, par Williams. (*Lancet*, 14 octobre.) — Syphilis acquise dès l'enfance, par Fournier. (*France méd.*, 14, p. 209.) — De la fréquence des maladies vénériennes et des moyens de la faire diminuer, par A. Laurent. (In-8°, 102 p., *Paris*.) — Le syphilierme de Châtillon, par Paul Raymond. (*Progrès médical*, 12 août.) — Diagnostic du chancre syphilitique, par Fournier. (*France méd.*, 18, p. 273.) — Chancres extra-génitaux, par Robinson. (*Lancet*. 30 septembre.) — Un cas de chancre syphilitique initial de la paroi antérieure de l'abdomen, par Schnabel. (*Münch. med. Woch.*, 33, p. 622.) — Signes diagnostiques de la syphilis, par Lewin. (*Soc. berl. de Dermat.*, 14 mars.) — Syphilis héréditaire débutant à l'âge de 29 ans, par Dind. (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, 382.) — Des localisations mixtes de syphilis et tuberculose, par Fabry. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 6.) — Quelques formes de syphilis, par Ostermayer. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 6.) — Syphilides érythémateuses circinées contemporaines des accidents secondaires précoces, par G. Étienne. (*Médecine moderne*, 26 août.) — Des syphilides secondaires malignes, par Fournier. (*Union médicale*, 6 juillet.) — De la présence de symptômes tertiaires dans la syphilis des prostituées, par Sederholm. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXV, 18.) — De la syphilis des voies aériennes, par Seifert et disc. (65e *réun. des natur. allem. Nuremberg*, 16 septembre.) — Gommes du poumon, par Thomson. (*N. York med. record*, 21 octobre.) — Sur un cas de syphilis cérébrale, par A. Brousse. (*N. Montpellier méd.*, 4, p. 608, Suppl.) — Syphilis cérébrale et mercure, par Lépine. (*Lyon méd.*, 22 octobre.) — Étude des affections syphilitiques de la moelle, par Mourck. (*Monats. f. prakt. Derm.*, XVII, 5.) — Un cas de paralysie spinale syphilitique, par Glorieux. (*Policlin. Bruxelles*, 15 juillet.) — Syphilis de la moelle, par Sachs. (*Brain*, 63.) — Tumeurs syphilitiques de la moelle, symptômes simulant la syringomyélie, par Beevor. (*London clin. soc.*, 10 novembre.) — Paralysie spinale syphilitique, par Kowalewsky. (*Neurol. Centralb.*, 15 juin.) — Syphilis médullaire et névrite lépreuse, par Nonne. (*Deutsche med. Woch.*, 22, p. 532.) — Neurasthénie d'origine syphilitique, par Fournier. (*Bull. méd.*, 7 octobre.) — Les formes cliniques de la neurasthénie syphilitique, par Fournier. (*Gaz. des hôp.*, 5 septembre.) — Diagnostic, pronostic et traitement de la neurasthénie syphilitique, par Fournier. (*Gaz. des hôp.*, 12 septembre.) — Troubles psychiques dans la syphilis, par Kowalewsky. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, 4, 1 et 2.) — Hépatite syphilitique. Ictère, par Lewin. (*Soc. berlin. de dermat.*,

14 mars.) — De l'ictère et de l'atrophie aiguë du foie dans la syphilis, par SENATOR. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 459, 8 mai.) — Gomme du triceps, par KAPOSI. (*Soc. vienn. de dermat.*, 9 novembre.) — Hydarthrose chronique syphilitique, par DUPLAY. (*Bull. méd.*, 1er octobre.) — Ostéopathies syphilitiques chez l'enfant, par PHOCAS. (*Gaz. des hôp.*, 31 août.) — Manifestations rénales de la syphilis héréditaire, par O. ISRAEL et G. LEWIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 147, 6 février.) — De la syphilis précoce du rein, par JACCOUD. (*Bull. méd.*, 22 novembre.) — Surdité et syphilis, par PLICQUE. (*Gaz. des hôp.*, 14 novembre.) — Syphilis du canal auditif, par LINTHICUM. (*New York med. record*, p. 232, 19 août.) — Traitement de la syphilis, par A. RENAULT. (*Rev. gén. de Clin.*, 38, p. 594.) — L'hémochromométrie dans le cours et dans le traitement de la syphilis, par C. FALCONE. (*Riforma medica*, 17 juin, et *Progresso med.*, 15 juillet.) — Transfusion de sang d'agneau dans la syphilis, par KOLLMANN. (65e *réunion des nat. Nuremberg*, 11 septembre.) — Les injections intra-veineuses de sublimé, par BACCELLI. (*Gaz. degli Ospit.*, 7 juillet.) — Des injections huileuses de l'iodure de mercure, par J. DELACOUR. (*Rev. gén. de Clin.*, 23, p. 361.) — Des injections intra-veineuses de sublimé dans la syphilis, par R. CAMPANA. (*Riforma medica*, 4 juillet.) — Du salicylate de mercure dans le traitement de la syphilis, par GALERIN. (*Thèse de Paris*, 17 novembre.) — De l'influence des injections interstitielles du salicylate de mercure sur l'échange et l'assimilation des matières azotées au point de vue quantitatif et qualificatif chez les syphilitiques, par FRIEHEFF. (*Progrès médical*, 12 août.) — Traitement de la syphilis cérébrale par les injections d'huile grise, par SACAZE et MAGNOL. (*Ann. de dermat.*, IV, 8.)

T

Tabac. — De l'amblyopie tabagique, par LŒWEGREN. (*Hygiea*, mai.)

Teigne. — Relation entre la pelade et la teigne, par BARRET. (*Thèse de Paris*, 23 novembre.) — Étude critique sur le pléomorphisme de l'achorion, par NEEBE et UNNA. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVII, 9.) — De l'alopécie en aires, par ABRAHAM. (*Lancet*, 25 novembre.) — Trychophytie unguéale et palmaire, par DUBREUILH. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er juillet.) — Recherches sur le champignon du favus, par BIRO. (*Arch. f. Derm.*, XXV, 6.) — Parasitologie du favus, par SABRAZÈS. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er juin.) — Sept variétés de champignons de favus cultivés sur pommes de terre, par NEEBE. (*Deutsche med. Woch.*, 20, p. 482.) — De l'action de la chaleur dans le trichophytie (herpès circiné et teigne tondante, par NOIR. (*Prog. médical*, 2 septembre.) — Du collodion iodé dans le traitement des teignes, par BUTTE. (*Soc. franç. de dermat.*, 7 avril.)

Température. — La vie et les basses températures, par PICTET. (*Rev. scient.*, 4 novembre.)

Tendon. — De la régénération tendineuse, par ENDERLEN. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 3.) — Sur les corps étrangers de la synoviale des extenseurs des orteils, par TOUSSAINT. (*Arch. de méd. milit.*, octobre.) — Plaie du poignet par couperet, phlegmon de l'avant-bras, exfoliation sur une longueur de 20 centimètres des tendons du grand palmaire, des fléchisseurs

superficiel et profond, du fléchisseur long du pouce ainsi que des aponévroses et des muscles, suture des tendons et des muscles avec catgut, par Gluck. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 juin.) — De la ténorraphie, par Lund. (*N. York med. journ.*, 23 septembre.) — De la ténotomie, par Phelps. (*Boston med. journ.*, 24 août.)

Testicule. — Existe-t-il des épididymites et des orchites idiopathiques, par Elsenberg. (*Wiener med. Presse*, 30 juillet.) — Vésiculite enflammée, par Fuller. (*Journ. of cutan. dis.*, septembre.) — Septicémie gangréneuse produite par la ponction du scrotum, par Thiriar. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 septembre.) — Note sur un cas d'ectopie testiculaire compliquée d'orchite blennorragique, par Pilliet. (*Progrès médical*, 30 septembre.) — Ectopie inguinale du testicule, opération, cancer de l'épididyme avec dégénération kystique du testicule, par Gluck. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 juin.) — Ectopie testiculaire inguinale, orchidopexie, par Vénot. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 juillet.) — De l'hydrocèle et de son traitement, par Theodor. (*Arch. f. Kinderh.*, XVI, 1 et 2.) — Nouveau procédé de cure radicale de l'hydrocèle séreuse simple, par Qrattrociocchi. (*Bullettino società Lancisiana Roma*, juin 1892, p. 118.) — Contribution à l'étude du traitement de l'hydrocèle (incision suivie de drainage), par H. Perret. (*Thèse Lausanne* et *Rev. médic. Suisse romande*, XIII, 391.) — Étranglement du testicule par la torsion du cordon, par Owen. (*London med. soc.*, 13 nov.) — Gomme du testicule, par Legueu. (*Soc. anat. Paris*, 21 juillet.) — Kyste dermoïde du cordon spermatique simulant une hernie, par Pearce Gould. (*Lancet*, 4 novembre.) — Carcinome squirrheux de l'épididyme, par Lavisé. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 août.) — Diagnostic des tumeurs du testicule, par Duplay. (*Rev. gén. de clin.*, 31, p. 481.) — Étiologie et pathologie de l'impuissance, par Allen. (*Journal of cutan. dis.*, novembre.) — Sur les propriétés antiseptiques des extraits orchitiques préposés par la méthode Brown-Séquard, par Sabrazès et Rivière. (*Soc. de biol.*, 18 nov.) — Remarques, par d'Arsonval. (*Ibid.*) — Injections de suc testiculaire, par Rusconi. (*Gaz. med. Lombardia*, 29 juin.)

Tétanos. — Étude du tétanos, par Budinger. (*Wiener klin. Woch.*, 16.) — De la production du tétanos chez la poule et de la création artificielle de l'immunité chez cet animal, par Courmont et Doyon. (*Soc. de biol.*, 21 octobre.) — Sur un cas de tétanos chez l'homme par inoculation accidentelle des produits solubles du bacille de Nicolaier, par Nicolas. (*Ibid.*) — Expériences du traitement vaccinal d'animaux tétaniques, par S. Kitasato. (*Zeitschrf. f. Hyg.*, XII et *Hyg. Rundsch.*, III, 7, p. 309.) — Contribution à l'étude de l'infection tétanique expérimentale chez les animaux, par B. Roncali. (*Riforma medica*, 19 juillet.) — Sur les altérations du système nerveux dans le tétanos expérimental, par O. Pes. (*Giornale Accad. di med. Torino*, juin, p. 492.) — Quatre cas de trismus et de tétanos des nouveau-nés guéris par l'antitoxine de Tizzoni, par Escherich. (*Wiener klin. Woch.*, 32.) — Tétanos céphalique, par Reclus. (*Bull. méd.*, 8 novembre.) — Un cas de tétanos, par Chiré. (*Normandie méd.*, 1er octobre.) — Un cas de tétanos guéri, par Bahuaud. (*Bull. soc. de méd. d'Angers*, p. 82.) — Sur un cas de tétanos, par Dowden et Houston. (*Edinb. med. j.*, novembre.) — Sur le traitement local du tétanos, par Folet. (*Bull. méd. du Nord*, 12, p. 257.) — Sur le traitement prophylactique du tétanos, par Verneuil. (*Bull. acad. méd.*, 27 juin.) — Tétanos de cause inconnue traité avec succès par le chloral (8 à 10 grammes) et le bromure de potassium (15 grammes), par Immermann. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 273, 1er avril.) — La séro-thérapie du tétanos, par Ch. Éloy. (*Rev. gén. de

clin., 22, p. 340.) — Onzième cas de tétanos guéri par l'antitoxine Tizzoni-Cattani (fille de 15 ans, début du tétanos 6 jours après une plaie de la main, première injection 3 jours plus tard, guérison en 5 jours, par R. Galtai. (*Riforma medica*, 3 juillet.) — Douzième cas de tétanos traumatique traité et guéri par le sérum de cheval immunisé contre cette maladie, par C. Lesi. (*Ibid.*, 18 août.)

Thérapeutique. — Sur le mauvais emploi des médicaments dans la pratique moderne, par Nichols. (*Boston med. journal*, 7 septembre.) — Les effets accessoires des médicaments, par L. Lewin. (*Berlin.*) — De l'antagonisme thérapeutique des maladies naturelles, par M. Semmola. (*Riforma medica*, 18 août.) — Méthode générale pour l'essai clinique des médicaments fournis par les acides de la série aromatique, par Sauvaitre. (*Arch. clin. Bordeaux*, août.) — Des voyages sur mer, l'hiver, dans le sud, par Balser. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 554, 5 juin.) — Des purgatifs chez le blessé et l'opéré, par Nicaise. (*Rev. de chir.*, septembre.) — De la médication hypnotique et des médicaments hypnotiques nouveaux, par Jasiewicz. (*Soc. de thér.*, 8 novembre.) — Des médicaments cardiaques, par G. Sée. (*Gaz. hebd. Paris*, 49, p. 98.) — Digitaline vraie, par A. Jaquet et par Immermann. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 271, 1er avril.) — Emploi de la caféine dans les maladies du cœur et des reins, par Pawinski. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIII, 5 et 6.) — Sulfate de caféine nouveau diurétique, par Heinz. (*Therap. Monats.*, octobre.) — De l'emploi thérapeutique de la codéine, par Pollak. (*Ibid.*, novembre.) — Recherches sur l'emploi de la codéine, par Preininger. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Sur les effets combinés de la morphine et du sulfonal, par G. Gonzales. (*Archiv di farmac. e terapeutica*, 13, p. 395.) — De l'administration routinière de l'ergot de seigle, par Barker. (*Journal americ. med. Ass.*, 23 septembre.) — Observation sur l'action thérapeutique de l'analgène, par G. Bracco. (*Riforma medica*, 19 août.) — Emploi thérapeutique de l'exalgine, par Savill. (*Lancet*, 25 novembre.) — L'acide oxalique comme emménagogue et oxytocique, par Bloom. (*Med. News*, 14 octobre.) — Traitement des hydropisies par les sudorifiques, par Liégeois. (*Rev. gén. de clin.*, 38, p. 603.) — Sur l'action thérapeutique de l'huile camphrée, par Taussig. (*Boll. Società Lancisiana degli Ospedali di Roma*, 1892, p. 10.) — Action physiologique de l'oxygène, par Kerr. (*Lancet*, 30 septembre.) — Les effets fâcheux de l'antipyrine, de l'acétanilide et de la phénacétine, par Paterson. (*Practitioner*, octobre.) — Des effets physiologiques et thérapeutiques de quelques dérivés iodurés de la xanthine, iodocafeine, iodothéine et iodothéobromine, par Rummo. (*Semaine méd.*, 11 octobre.) — Les phosphates de chaux en thérapeutique et en pharmacologie, par Carles. (*Bull. soc. de pharm. Bordeaux*, août.) — Avantages de la substitution de l'oxyde jaune à l'oxyde rouge de mercure dans les préparations médicinales, par Patein. (*Soc. de thérap.*, 11 octobre.) — Sur l'emploi du crésol comme antiseptique, par Lacroix-Hunkiarbeyendian. (*Journ. de pharm.*, 15 octobre.) — Mode d'action des ferrugineux, par Mörner. (*Zeit. f. phys., Chemie*, XVIII, 1.) — Indications des lavements de glycérine, par Anacker. (*Deutsche med. Woch.*, 19, p. 463.) — Du salophène, nouvel antinévralgique et antirhumatismal, par Ed. Koch. (*Ibid.*, 18, p. 439.) — L'or en thérapeutique, par Wood. (*N. York med. j.*, 14 octobre.)

Thorax. — Rapports du cœur et des poumons avec la paroi thoracique antérieure, par Haynes. (*N. York med. j.*. 11 novembre.) — Un cas de tension subite et violente dans le thorax, par Baccelli. (*Deutsche med. Woch.*, 10, p. 221.) — De l'état actuel de la chirurgie du thorax, par Mc Fadden

Gaston. (*Journal americ. med. Ass.*, 26 août.) — De l'ouverture d'abcès froids tuberculeux de la paroi thoracique dans le poumon ou les bronches, par Messner. (*Münch. med. Woch.*, 21, p. 393.) — Tumeurs malignes des côtes, par Caro. (*Deut. med. Woch.*, 3.)

Thrombose. — Thrombose de l'artère cérébelleuse inférieure, par Menzies. (*Brain,* 63.)

Thyroïde. — Des fonctions et des rapports fonctionnels du corps thyroïde, par Fano. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXII, 3.) — Toxicité du suc musculaire des animaux thyroïdectomisés, par Vassale et Rossi. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 2 et 3.) — De la spléno-thyroïdectomie chez le chien et le chat, par Vassale et di Brazza. (*Ibid.*, XIX, 2 et 3.) — Effets sur l'alimentation avec des thyroïdes de bœuf chez les chiens thyroïdectomisés, par Herzer. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIII, 381.) — Troubles végétatifs consécutifs à la thyroïdectomie chez les agneaux et les chevreaux, par von Eiselsberg. (*Berl. klin. Woch.*, 26 juin.) — Sur l'emploi thérapeutique de la thyroïde de mouton, par Putnam. (*Americ. j. of med. sc.*, octobre.) — Alimentation thyroïdienne dans les affections cutanées, par Phillips. (*Brit. med. j.*, 25 novembre.) — Du cancer de la thyroïde, par Poncet. (*Gaz. hebd. Paris*, 27, p. 319.) — Métastases des goîtres cancéreux, par von Eiselsberg. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 juin.) — Rétrécissement de la trachée par cancer du corps thyroïde, par Katzenstein. (*Ibid.*, 19 juin.) — Contribution au traitement du goître par le massage, par Szuman. (*Münch. med. Woch.*, 37, p. 583.) — Du traitement du goitre par la ligature des quatre artères thyroïdiennes, par Lavisé. (*Gaz. hebd. Paris*, 24, p. 278.) — Extirpation partielle du corps thyroïde pour compression de la trachée, par Alsberg. (*Deutsche med. Woch.*, 18, p. 433.) — Goitre exophtalmique, par Tompkins. (*Americ. j. of Obst.*, novembre.) — La sécrétion thyroïde comme facteur du goitre exophtalmique, par Murray. (*Lancet*, 11 nov.) — Quelques variétés de bronchocèle, par Symonds. (*Lancet*, 4 novembre.) — Du goitre exophtalmique, étiologie, par Johnston. (*Ibid.*) — Goitre exophtalmique, mort en 15 jours, par Reymond. (*Bull. soc. anat. Paris*, 30 juin.) — Sur le traitement du goitre exophtalmique, par Taylor. (*Journ. americ. med. Ass.*, 30 septembre.) — Du strophantus dans le traitement du goitre exophtalmique, par Ferguson. (*Ibid.*, 5 août.) — Traitement du goitre exophtalmique, par Marcuse. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 367, 10 avril.) — Résultats favorables de la thyroïdectomie dans un cas de maladie de Basedow (27e comm.), par Determayer. (*Ibid.*, p. 580, 12 juin.) — Traitement chirurgical du goitre exophtalmique, par Freiberg. (*Med. News*, 26 août.

Trachéotomie. — Canule de Harstein pour trachéotomie (permettant l'extraction de la canule externe, l'interne restant en plus), par Wohlgemuth. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 160, 20 février.) — Trachéotomie pour croup chez un enfant de 3 ans. Ablation de la canule quatre ans plus tard : rétrécissement du larynx et fistule trachéale, par Schlange. (*Ibid.*, p. 290, 20 mars.) — De l'autoplastie des pertes de substance de la trachée, par Schimmelbusch. (*Ibid.*, 26 juin.) — Sur une nouvelle méthode destinée à faciliter l'ablation de la canule chez quelques sujets trachéotomisés pour laryngite post-typhique, par A. Nannotti. (*Il Morgagni*, août.) — Trachéotomie, complication grave par suite de l'emploi d'une canule en celluloïde, par Turner. (*Lancet*, 30 septembre.) — Pronostic raisonné de la trachéotomie, par Castelain. (*Bull. méd. du Nord*, 13, p. 295.)

Transfusion. — Histoire de la transfusion, par Pitts. (*St Thomas's hosp.*

Rep., XXI, p. 253.) — Valeur thérapeutique des transfusions homéogènes et hétérogènes, par G. Rummo et F. de Grazia. (*Riforma medica*, 22 juin.)

Tremblement. — Une observ. de tremblement héréditaire, par Regnault. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Du tremblement essentiel héréditaire, par Ughetti. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 2 et 3.) — Tremblement héréditaire, par Impaccianti. (*Bolletino Società Lancisiana Roma*, mars, p. 30.) — Observation de tremblement essentiel héréditaire, par Etienne. (*Rev. méd. de l'Est*, 9, p. 276.) — Du tremblement hystérique, par Roger (*Semaine méd.*, 15 novembre.)

Trépanation. — De la trépanation avec résection du crâne, par Thomalla. (*Cent. f. Chir.*, 14 octobre.) — Trépanation pour traumatisme de la tête, par Poitou. (*Bull. Soc. de méd. d'Angers*, p. 103.)

Trichinose. — De la trichinose, par Cerfontaine. (*Archives de biologie*, XIII, 1.)

Tuberculose. — Valeur de la tuberculose expérimentale pour le diagnostic, par Delépine. (*Brit med. j.*, 23 septembre.) — Tuberculose pulmonaire expérimentale, étude anatomo-pathologique du processus obtenu par injection veineuse, par Borrel. (*Ann. Ins. Pasteur*, VII, 8.) — Sur l'histogénèse du tubercule, par T. Straus. (*Revue de la tuberculose*, 15 avril.) — Pseudo-tuberculose microbienne chez le mouton, par Guinard et Morey. (*Soc. de biol.*, 11 novembre.) — La pseudo-tuberculose aspergillaire, par Barbe. (*France méd.*, 24, p. 369.) — De l'action et de l'usage de la tuberculine, par Whittaker. (*Journal Americ. med. Ass.*, 15 juillet.) — De l'inoculation de la tuberculose dans les centres nerveux, par Tedeschi. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 2 et 3.) — Moyens de combattre les tuberculoses bovine et porcine, par Vogel. (*Hyg. Rundsch.*, III, 9, p. 408.) — Sur les rapports de la tuberculose aviaire avec la tuberculose des mammifères par Courmont. (*Semaine méd.*, 6 septembre.) — Des trèves dans les manifestations cutanées de la tuberculose, par Hallopeau. (*Ann. de dermat.*, IV, 10.) — Tuberculose et mariage, par Léon Petit. (*Rev. scientif.*, 23 septembre.) — Variétés de tuberculose pulmonaire, par Fowler. (*Pratitioner*, octobre.) — Tuberculose pulmonaire et muguet, par Legay et Legrain. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — Note sur le murmure sous-claviculaire chez les tuberculeux, par Moncorgé. (*Mercredi méd.*, 20, p. 237.) — Sur un signe fourni par la dépression inspiratoire sus-claviculaire dans la tuberculose pulmonaire, par Revillet. (*Semaine méd.*, 4 octobre.) — De la forme pneumonique de la tuberculose aiguë, par Fraenkel et Troje. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIV, 1 et 2.) — Les cavernes de la base du poumon, leur diagnostic, par Jaccoud. (*Gaz des hôp.*, 14 septembre.) — Des accidents intestinaux chez les tuberculeux, par Potain. (*Semaine méd.*, 11 octobre.) — Des accidents gastriques chez les tuberculeux, par Potain. (*Semaine méd.*, 20 septembre.) — Tuberculose du chien, par Richet et Héricourt. (3e *Cong. tuberc.* et *Mercredi méd.*, 9, 16 et 23 août.) — Tuberculose spontanée du cheval, par Cadiot, Gilbert. (*Ibid.*) — Tuberculose de la chèvre, par Moulé. (*Ibid.*) — Diagnostic de la tuberculose bovine, par Degive. (*Ibid.*) — Tuberculose aviaire et tubercule humaine chez le singe, par Héricourt et Richet. (*Ibid.*) — Pseudo-tuberculoses, par Courmont. (*Ibid.*) — Des dangers qui peuvent provenir d'inhumation des tuberculeux, par Petit, Verneuil, etc. (*Ibid.*) — Des malformations congénitales chez les tuberculeux héréditaires, par Ricochon.

(*Ibid.*) — Anencéphale issu d'un père tuberculeux, par Torkomian. (*Ibid.*) — Pronostic de la tuberculose, par Arthaud. (*Ibid.*) — Infections secondaires de la tuberculose pulmonaire, par Moreau. (*Ibid.*) — Des lésions tuberculeuses étudiées comme porte d'entrée dans les maladies infectieuses, par Babès. (*Ibid.*) — Des maladies infectieuses comme agents provocateurs de la tuberculose, par Verneuil, Legroux. (*Ibid.*) — Les trèves de la tuberculose, par Legroux, Hallopeau. (*Ibid.*) — Etude statistique sur l'étiologie de la tuberculose dans les campagnes, par d'Hôtel. (*Ibid.*) — Foie capitonné tuberculeux, par Hanot. (*Ibid.*) — Sur un cas de tuberculose musculaire primitive propagée aux synoviales tendineuses, par Lejars. (*Ibid.*) — Prostatite tuberculeuse, par Desnos. (*Ibid*) — Sperme tuberculeux, par Aubeau. (*Ibid.*) — Stérilisation du lait tuberculeux, par Legay. (*Ibid.*) — Prophylaxie de la tuberculose bovine, par Nocard. (*Ibid.*) — Hospitalisation des tuberculeux, par Petit. (*Ibid.*) — Le choix d'un climat dans le traitement de la tuberculose, par Chiais. (*Ibid.*) — Traitement de la tuberculose par les injections gaïacolées, par Weill et Diamantberger. (*Ibid.*) — Sur les injections massives intra-pulmonaires d'huile créosotée et mentholée, par de la Jarrige. (*Ibid.*) — Traitement de la tuberculose et de la lèpre pour le sang d'animaux immunisés contre la tuberculose, par Babès. (*Ibid.*) — La ligue préventive contre la tuberculose, par L. Reuss. (*Ann. d'hyg. publ.*, 3e série, XXIX, p. 320.) — Le meilleur mode de désinfection des crachats tuberculeux, par Martin Kirchner. (*Zeits. f. Hyg.*, XII et *Hyg. Rundsch.*, III, 7, p. 328.) — Le sanatorium de Falkenstein pour le traitement des phtisiques pauvres, par Mœller. (*Mouvem. hygiéniq.*, IX, p. 144.) — Mesures pratiques pour la prophylaxie de la tuberculose, par Flick. (*Med. News*, 21 octobre.) — Du traitement des tuberculoses locales multiples, par Kœhler. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 1 et 2.) — Traitement mécanique de la phtisie, par Noble Smith. (*Brit. med. j.*, 21 octobre.) — Traitement des tuberculoses par l'aération permanente à l'asile Sainte-Eugénie, par Mouisset. (*Lyon méd.*, 1er octobre.) — Résultats de 90 cas de tuberculose traitées au sanatorium de Wingah à Asheville, avec ou sans aide de la tuberculine, par von Ruck. (*Med. News*, 16 septembre.) — Recherches expérimentales sur le traitement de la tuberculose par la créosote, par Friedheim. (*Dermat. Zeits.*, I, 1.) — Traitement intensif de la tuberculose et en particulier de la phtisie pulmonaire par le carbonate de créosote de hêtre, par Chaumier. (*Gaz. méd. Paris*, 1er juillet.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections sous-cutanées d'huile créosotée à hautes doses, par Péroni. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXII, 3.) — Les dérivés de la créosote (benzoïlgaïacol, carbonate de gaïacol, acide gaïacolcarbonique, carbonate de créosote) dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par F. de Grazia et V. Casaretti. (*Riforma mudica*, 22 septembre.) — Créosote dans le traitement de la tuberculose, par Warner. (*N. York med. j.* 11 novembre.) — Traitement de la tuberculose génitale par les injections interstitielles de chlorure de zinc, par E. Wickham. (*France méd.*, 12, p. 179.) — Le traitement chirurgical des cavernes pulmonaires, par Dandridge. (*N. York stat. med. Assoc.*, 9 octobre.) — Quelques cas de tuberculose locale, par Köhler. (*Deutsche med. Woc.*, 9, p. 210.) — Carie tuberculeuse costo-vertébrale compliquant une tuberculose pulmonaire. Guérison, par Keiffer. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 juillet.) — De l'origine osseuse de cartaines ulcérations tuberculeuses en apparence exclusivement cutanées, par Adenot. (*Rev. de chir.*, octobre.) — Des injections d'iodoforme dans la tuberculose articulaire et osseuse, par W. Sahli. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 209, 15 mars.) — La lymphe de Koch dans les affections tuberculeuses chirurgicales, par G. Ninni. (*Giornale Assoc. napoletana di med.*, p. 370.) — Expériences sur le traitement par

la tuberculine à la maison de correction de Kaisheim, par Schafer. (*Münch. med. Woch.*, 34, p. 641.)

Tumeur. — Revue générale des principaux facteurs invoqués dans l'étiologie des tumeurs, par Étienne. (*Rev. méd. de l'Est*, 11, p. 340.)

Typhoïde. — La fièvre typhoïde dans le 10e corps d'armée, par Reech et Pauzat. (*Arch. de méd. mil.*, septembre.) — L'évolution de l'endémie typhoïde à la caserne d'artillerie de Tunis en 1892, par Dufaud. (*Arch. de méd. mil.*, novembre.) — Quelques observations sur la marche de la fièvre typhoïde à Turin, de 1857 à 1891, par C. Mazza. (*Giornale accad. di med. Torino*, juin, p. 453.) — Des cas de fièvre typhoïde observés dans les derniers mois de 1892 à la clinique de Greifswald, par Jahn. (*Deutsch. med. Woch.*, 10, p. 234.) — La fièvre typhoïde à Boston, par Mc Collom. (*Boston med. journal*, 21 septembre.) — Epidémie de fièvre typhoïde transmise par le lait observée à Clermont-Ferrand, par Goyen, Bouchereau, Fournial. (*Rev. d'hyg.*, XIV, 993.) — Immunité expérimentale contre la toxine du bacille typhoïdique, par H. Bitter. (*Zeitschs. f. Hyg.*, XII et *Hyg. Rundsch.*, III, 7, p. 309.) — Contribution à la biologie du bacille de la fièvre thyphoïde, par A. Montefusco. (*Riforma medica*, 7 juillet.) — Contribution à l'étude de l'identité biologique des produits du bactérium coli et du bacille typhique, par A. Césario-Demel et E. Orlandi. (*Giornale Accad. di med. Torino*, mars.) — Des fièvres typhoïdes et autres affections intestinales imputées aux champs d'irrigation à l'eau d'égout, par R. Wirchow. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 février.) — Etude de l'urologie dans la fièvre typhoïde au point de vue des oxydations intra-organiques et de l'élimination des déchets de la combustion et de la désintégration des tissus, par Oriou. (*Rev. de méd.*, novembre.) — Localisation et symptômes cardiaques dans la fièvre typhoïde, par Vidal. (In-8°, *Buenos-Ayres.*) — De la mânie ou lypémanie aiguë de courte durée avec apyrexie dans le cours de la fièvre typhoïde, par Bernheim. (*Bull. méd.*, 18 octobre.) — De la coexistence de la fièvre typhoïde et de la tuberculose pulmonaire ou infection mixte typho-tuberculeuse, par Loison et Simonin. (*Arch. de méd. mil.*, octobre.) — Un cas de fièvre typhoïde et tuberculose aiguë combinées, par Sarda et Villard. (*Rev. de méd.*, septembre.) — Vergetures consécutives à la fièvre typhoïde, par Millard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 juillet.) — Contribution à l'étude des lésions du gros intestin dans la fièvre typhoïde, par Laveran. (*Ibid.*, 21 juillet.) — Abcès gangréneux dans la fièvre typhoïde, par Robin. (*Bourgogne méd.*, 1er juillet.) — Nouveau signe diagnostique de la fièvre typhoïde, par Baruch. (*N. York med. journ.*, 2 sept.) — Traitement de la fièvre typhoïde basé sur l'étiologie, par Shuell. (*Ibid.*) — Sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau ingérée en boissons abondantes, par Maillart. (*Rev. de méd.*, novembre.) — Du traitement de la fièvre typhoïde, par Sihler. (*Journal Americ. med. Ass.*, 22 juillet.) — Observations basées sur une expérience de près de mille cas de fièvre typhoïde, par Herrick. (*Ibid.*, 22 juillet.) — Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, par Thompson. (*Ibid.*, 15 juillet.)

Typhus. — L'épidémie de typhus, le vagabondage et la propagation des épidémies, par Henri Napias. (*Rev. d'hyg.*, XV, p. 427.) — L'épidémie actuelle de typhus exanthématique, par E. H. Thoinot. (*Ann. d'hyg. publ.*, 3e série, XXIX, p. 440.) — Sur l'étiologie du typhus exanthématique, par Chantemesse. (*Semaine méd.*, 5 juillet.) — Le typhus exanthématique, par Catrin. (*Gaz. des hôp.*, 8 juillet.) — Sur le typhus exanthématique, par Barrault. (*Bull. Acad. méd.* et *Bull. méd.*, 28 juin.) — Note sur quatre cas de

typhus exanthématique observés à l'hôpital Saint-Denis, par Dupuy. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 5 mai.) — Un cas de typhus méconnu, par Netter. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 juin.) — Note sur l'étiologie du typhus exanthématique, par Chantemesse. (*Ibid.*, 30 juin.) — Etiologie et prophylaxie du typhus exanthématique, par Netter. (*Ibid.*, 7 juillet.) — Sur l'étiologie du typhus exanthématique, par Chantemesse. (*Idem*, 28 juillet.) — Sur les troubles digestifs dans le cours du typhus exanthématique, par Mlle Leder. (*Thèse de Paris*, 29 novembre.) — Manifestations nerveuses du typhus exanthématique, par de Brun. (*Bull. Acad. méd.* et *Bull. méd.*, 30 août.) — Note sur les symptômes et les lésions de l'appareil pulmonaire dans le typhus exanthématique, par Combemale. (*Bull. méd. du Nord*, 11, p. 242.) — Du typhus exanthématique et des moyens propres à lui opposer, par Laurent. (*Normandie méd.*, 15 juillet.)

U

Ulcère. — Ulcus elevatum de la face, par Montgomery. (*Med. News*, 28 octobre.) — Guérison d'un ulcère rongeant par l'arsenic, par Lassar. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 454, 8 mai.)

Urémie. — Marche et traitement de certains symptômes urémiques, par Robinson. (*Americ. j. of med. sc.*, octobre.) — De la valeur du hoquet comme signe d'urémie, par J. Bosc. (*N. Montp. méd.*, 24, p. 472.) — Un cas d'éclampsie urémique, par V. Teyxeira. (*Morgagni*, mai.)

Urètre. — De l'urétrite chez la femme, ses formes et ses variétés, par Richard. (*Thèse de Paris*, 29 novembre.) — Prolapsus de l'urètre chez la femme, par Russell-Simpson. (*Edinb. med. journ.*, octobre.) — Calculs urétraux chez la femme, par Dubourg. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 juillet.) — Des ulcérations de l'urètre, par L. Casper. (*Deutsche med. Woch.*, 14, p. 329.) — Phlébite urétrale et péri-urétrite, par Legueu et Noguès. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, novembre.) — De l'épispadias, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 28 octobre.) — Sur six cas de rétrécissement de l'urètre, par Loumeau. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er juin.) — Des rétrécissements larges de l'urètre, par Pousson. (*Bull. méd.*, 1er novembre.) — Les rétrécissements larges de l'urètre, par Albarran. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, octobre.) — Des rétrécissements spasmodiques de l'urètre, par Peyer. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er novembre.) — Instrument pour les rétrécissements difficiles de l'urètre, par Miller. (*Edinb. med. journ.*, octobre.) — Guérison par électrolyse d'un rétrécissement infranchissable de l'urètre, par Albrecht. (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, p. 323.) — Du traitement par l'électrolyse des rétrécissements de l'urètre, par Goerl. (65e *réun. des natur. allem. Nuremberg*, 11 septembre.) — Des indications opératoires dans les rétrécissements traumatiques de l'urètre, par Legueu et Ceston. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, septembre.) — 404 cas de divulsion pour rétrécissements de l'urètre, résultats dans 28 cas, par Scudder. (*Journ. of cutan. dis.*, octobre.) — Urétrotomie interne et externe combinée avec le drainage urétro-vésical dans les rétrécissements multiples, par Martinez del Campo. (*Pan americ. med. Cong.*, septembre.) — Des urétrotomies multiples dans certaines espèces de rétrécissement, par Desnos. (*Médecine moderne*, 16 août.) — Nouvelle indication de l'urétro-

tomie périnéale pour perte de substance étendue de la muqueuse de l'urètre. Arrachement de la muqueuse par une corde nouée, restée pendant six semaines dans la vessie et dans l'urètre, par Poncet. (*Gaz. hebd. Paris,* 21, p. 247.) — De la méthode de Zweifel pour la formation d'un canal avec sphincter, par Zuckerkandl. (*Cent. f. Chir.*, 21 octobre.) — Rupture de l'urètre chez l'homme, par Stewart. (*Med. News*, 14 octobre.) — Calcul de la région membraneuse de l'urètre à la suite de contusions sur le périnée, par Lewin. (*Ann. soc. belge de Chir.*, 15 juin.) — Sondes cassées dans l'urètre, par Loumeau. (*Journ. méd. Bordeaux,* 24 septembre.)

Urinaires (Voies). — Origine et développement des organes génito-urinaires de la femme, par Robinson. (*Journal Americ. med. Ass.,* 23 septembre.) — La réaction urinaire chez les animaux soumis aux basses températures, par Chabrié et Dissard. (*Soc. de biol.*, 11 novembre.) — Diagnostic des affections urinaires, par Posner. (*Berlin.*) — Sur un cas de rétention d'urine d'origine névropathique, par Sorel. (*Ann. mal. org. gén. urin.,* novembre.) — De l'hématurie au cours de la rétention d'urine, par Albarran. (*Bull. méd.*, 3 septembre.) — Le traitement psychique de l'incontinence nocturne d'urine, par Bérillon. (*Journ. de méd. Paris*, 12 novembre.) — Un cas d'incontinence d'urine traitée par l'électricité, par Aquiles Gareiso. (*Arch. d'élect. méd.*, I, 7.) — Les neurasthéniques urinaires, par Guyon. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, septembre.) — Influence de l'état des voies urinaires sur les résultats des opérations chirurgicales, par Noble. (*Pan Americ. med. Cong.*, septembre.) — 3 cas de fistules urinaires, remarqués sur la suture secondaire des plaies, par Weittzack. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 mai.) — L'essence d'eucalyptus comme antiseptique urinaire, par Lydston. (*Journ. of cutan. dis.,* novembre.)

Urine. — Quelques nouvelles réactions pour prouver la présence de l'albumine dans l'urine, par Zouchlas (*Progrès médical*, 19 août.) — Sur la réaction de Spiegler pour la recherche de l'albumine dans les urines, par R. Guerrieri. (*Riforma medica*, 16 septembre.) — Inconvénients du réactif citro-picrique dans la recherche de l'albumine et caractères des cristaux qu'il produit avec divers alcaloïdes, leucomaïnes et ptomaïnes, par L. d'Amore. (*Ibid.*, septembre.) — De la présence d'acide carbonique dans l'urine de l'homme et du chien après l'absorption d'hydrate de chaux, par Abel et Muirhead. (*Arch. f. exper. Pathol.*, XXXII, 5 et 6.) — Réponse à C. Alexander (élimination du bleu de méthylène par l'urine), par R. Kutner. (*Deutsche med. Woch.,* 12, p. 282.) — De la phénylhydrazine comme réactif du sucre des urines, par Frank. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 255, 13 mars.) — Détermination et signification des hydrates de carbone dans l'urine, par Purdy. (*Journal Americ. med. Ass.,* 22 juillet.) — De l'élimination du bleu de méthylène par l'urine, par Carl Alexander. (*Deutsche med. Woch.*, 10 et 15, p. 353.) — Présence dans le sédiment urinaire des néphrites et leucocytes uninucléaires distinctes des globules blancs du sang et des globules du pus, par Senator. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 432, 1er mai.) — Sur un cas de délire transitoire à caractère de délire vésanique, accompagné d'un accroissement notable de la toxicité urinaire et de la présence de ptomaïnes dans les urines, par G. Ballet. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 juin.) — La toxicité des urines dans quelques cas d'anémie, par L. Picchini et A. Canti. (*Morgagni*, août.) — Diathèse urique et piperazine, par Wittzack. (*Münch. med. Woch.*, 28, p. 531.) — La théorie de Haig sur l'acide urique, par Sewall. (*Med. News*, 16 septembre.) — Sur le dosage de l'acide urique par le procédé Arthaud et Butte, par Arthaud. (*Progrès médical,* 9 septembre.)

— Traitement de la diathèse urique par l'uricédine de Stroschein, par MENDELSOHN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 532, 29 mai.)

Utérus. — Des rapports entre les affections des yeux et les maladies génitales de la femme, par BETTMAN. (*Americ. j. of obst.*, octobre.) — Des relations des affections rectales avec les affections des femmes, par BACON. (*Ibid.*) — Utérus double et vagin double, par LEUF. (*Med. News*, 28 octobre.) — Cas d'utérus bicorne cloisonné avec vagin double, par MACHENHAUER. (*Cent. f. Gynaek.*, 23 septembre.) — Un cas d'utérus rudimentaire, par STIERLIN. (*Ibid.*) — Épanchements de sang dans la trompe, étude de 17 cas, par CULLINGWORTH. (*St. Thomas's hosp. Rep.*, XXI, p. 23.) — Étiologie et traitement des inflammations utérines annexielles, par JACOBS. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 août.) — De la salpingite gonorréique, par WALTON. (*Gand.*) — Bactériologie de la salpingite suppurée, par WITTE. (*Berl. klin. Woch.*, 27 février.) — Diagnostic. Marche thérapeutique conservatrice dans les hydropisies tubaires et les salpingo-oophorites, par ANDREJEFF. (*Nouv. arch. d'obst et de gyn.*, mai.) — La salpingite hyperplastique ; son traitement par le drainage, par FENGEL. (*New York med. record*, p. 678, 3 juin.) — Cathétérisme des trompes de Fallope, par WILL. (*Med. News*, 26 août.) — Du traitement chirurgical des annexites unilatérales par voie vaginale, par POPELIN. (*La Policl. Bruxelles*, 15 août.) — Pyosalpynx ouvert dans la vessie. Laparotomie et salpingectomie; persistance d'une fistule abdominale et de cystite purulente. Hystérectomie vaginale. Guérison, par DUBAR. (*Bull. méd. du Nord*, 11, p. 233.) — De l'anatomie pathologique de l'endométrite exfoliatrice, par V. FRANQUÉ. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVII, 1.) — Endométrite chronique traitée par le drainage, par RUTHERFORD. (*Med. News*, 21 octobre.) — Un cas d'endométrite tubéreuse et polypeuse, par A. MARS. (*Przegl. lek.*, 13-14.) — Abcès tuberculeux de la trompe utérine gauche chez une femme de 27 ans ; opération, par A. SACHS. (*Corresp. - Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er juin.) — Salpingite tuberculeuse unilatérale, par PILLIET et GUITTON. (*Progrès médical*, 26 août.) — Note clinique sur le phlegmon du ligament large en fer à cheval, par F. LA TORRE. (*Bulletino Societa Lancisiana Roma.* p. 148 juin.) — Traitement de l'endométrite chronique, par FRAENKEL. (*Wiener med. Presse*, 16 juillet.) — L'hystérectomie comme complément de la salpingectomie dans les inflammations péri-utérines, par BASTIANELLI. (*Bulletino Societa Lancisiana Roma*, p. 133, juin.) — De l'atrophie de l'utérus dans les affections puerpérales, par RIES. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVII, 1.) — Infection septique et pyémique de l'utérus, par GARTNER. (*Ann. de gynéc.*, septembre.) — Sur l'abus de l'opération d'Emmet, par DUDLEY. (*Journal Americ. med. Assoc.*, 23 septembre.) — Nouvelle opération pour le prolapsus utérin, par FREUND. (*Cent. f. Gynaek.*, 26 novembre.) — Un cas de laparo-hystéropexie pour prolapsus utérin complet, par F. MASSARA. (*Riforma medica*, 1er août.) — Traitement de la rétrodéviation de l'utérus, par FROMMEL. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVII, 2.) — Traitement conservateur de l'inversion utérine puerpérale invétérée, par KÜSTNER. (*Cent. f. Gynaek.*, 14 octobre.) — D'un mode de réduction de l'utérus gravide en rétroversion complétée par l'application d'un pessaire approprié, par LEVRAT. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — 5 cas de rétroflexion et 2 cas de prolapsus de l'utérus traités par le raccourcissement des ligaments ronds, par KUMMER. (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, p. 277.) — Traitement de la rétroflexion par la laparotomie et la ventro-suspension, par KELLY. (*Journal Americ. med. Ass.*, 2 septembre.) — Traitement chirurgical des flexions de l'utérus, par WARD. (*Ibid.*, 2 septembre.) — De l'hystéropexie, par NAPIER et SCHACHT. (*Brit. med. j.*, 14 octobre.) —

De l'hystéropexie par le procédé de Laroyenne, manuel opératoire, par Condamin. (*Lyon méd.*, 15 octobre.) — Technique du tamponnement de l'utérus avec la gaze, par Wachenfeld. (*Cent. f. Gynaek.*, 9 septembre.) — Tamponnement de l'utérus avec la gaze, par Asch. (*Ibid.*, 21 octobre.) — Rupture spontanée de l'utérus, mort par hémorragie, par Wyder. (*Cor. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 février.) — Sur l'hystérectomie vaginale, par Byford. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 2 septembre.) — Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale, par Mauclaire. (*Ann. de gynéc.*, octobre.) — Résultats de l'hystérectomie vaginale, par Mc Cosh. (*Med. News,* 4 nov.) — Hystérectomie, indication et technique, par Baldy. (*Americ. j. of obst.* novembre.) — Hystérectomie vaginale, par Montgomery. *Ibid.*) — Traitement extra-péritonéal du moignon dans l'hystérectomie, par Price. (*Ibid.*) — Laparo-hystérectomie, indication, technique, par Senn. (*Americ. j. of med. sc.*, septembre.) — Cent opérations pour lésions graves des organes abdomino-pelviens chez la femme, par Stone. (*Pan Americ. med. Cong.*, septembre.) — Hystérectomie sus-pubienne pratiquée en même temps que la cure radicale d'une volumineuse hernie ombilicale, par Mayo Robson. (*Sheffield med. journ.*, octobre.) — Historique et technique de l'hystérectomie totale, par Theodor Landau. (*Berlin. klin. Woch.*, 12, 19 et 26 juin.) — Indications de l'ablation totale des utérus cancéreux, par Theodor Landau. (*Ibid.*, 3 juil.)—Résultats de l'hystérectomie vaginale, par Mc Cosh. (*Pan amér. med. Cong.*, sept.) — Angiome caverneux de l'utérus enlevé par l'hystérectomie vaginale, notes sur la technique, par Boldt. (*Ibid.*) — Hystérectomie vaginale, par Montgomery. (*Ibid.*) — Des opérations par la voie sacrée, par Czerny. (*Berli. klin. Woch.*, 458, 8 mai.) — Traitement extra-péritonéal du moignon dans l'hystérectomie abdominale, par Price. (*Pan Americ. med. Cong.*, septembre.) — Etiologie des troubles psychiques survenant après les opérations sur les organes pelviens chez la femme, par Rohè. (*Pan Amer. med. Cong.*, septembre.) — Méthode pour amener l'atrophie des myomes utérins, par Robinson. (*New-York med. j.*, 4 nov.) — Ligature des vaisseaux utérins pour les myomes, par Gottschalk. (*Cent. f. Gynaek.*, 30 septembre.) — Des éléments glandulaires dans les fibromyomes uterins, par Schottlnander. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVII, 2.)—Oblitération de la cavité pelvienne par un gros myome cervical, par Voigt. (*Münch med. Woch.*, 22, p. 409.) — Résultats éloignés de la castration dans les fibromes, par Goullioud. (*Lyon méd.*, 26 novembre.) — Du diagnostic précoce et de l'application rapide de l'électricité dans les fibromes utérins, par Massey. (*Pan Americ. med. Cong.*, septembre.) — Le traitement électrique des fibromes utérins, par Mally. (*Ann. de gynéc.*, oct.) — L'électrolyse médicamenteuse interstitielle dans le traitement des fibromes utérins. (*Ibid.*) — Traitement des fibromes utérins par l'électricité, par Labadie-Lagrave et Régnier. (*Arch. gén. de méd.*, sept.) — De l'énucléation des fibromes par la voie vaginale, par Laroyenne. (*Mercredi médical*, 23, p. 273.) — Deux cas de fibromes intra-utérins enlevés par la voie vaginale, par la méthode de morcellement, par Courtin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 juillet.) — Ablation de l'utérus pour fibromes; relation de cas, par Martin. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 23 septembre.) — Hystérectomie abdominale supra-vaginale pour tumeurs, fibromes multiples de l'utérus, par Christovitch. (*Rev. de chir.*, octobre.) — Quelques observations concernant le traitement des fibromes sessiles intra-utérins, par Marchand. (*Bull. soc. de chir.*, XIX. p. 481.) — A propos de l'hystérectomie vaginale dans les fibromes utérins, par Baudron. (*Mercredi médical*, 18, p. 213.) — Hystérectomie abdominale pour fibromes, par Elliot. (*Boston med. journ.*, 20 juillet.) — Traitement du pédicule utérin à la suite de la laparo-hystérectomie pour fibromes, par V. Lauro. (*Riforma

medica, sept.) — A propos d'un cas de laparo-hystérectomie sus-vaginale pour fibro-myomes multiples avec rentrée du pédicule suivant la méthode de Zweiffel, par Spinelli. (*Ibid.*, 21 juill.) — Des opérations abdominales de myome, en particulier de l'injection totale de l'utérus, par Lennander. (*Cent. f. Gynaek.*, 9 septembre.) — De l'hystérectomie vaginale pour les fibromes interstitiels, par Cholmogoroff. (*Zeit. f. Geburts,* XXVII, 1.)— Technique de l'extirpation totale de l'utérus fibromateux, par Edebohls. (*Pan americ. med. Cong.,* septembre.) — Hystérectomie, indications, technique, par Baldy. (*Ibid.*) — Fibromes interstitiels multiples de l'utérus avec hémato-salpinx bilatéral et kyste para-ovarien à gauche, par Vince. (*Ann. soc. belge de chir.*, 15 juillet.) — Fibrectomie, hystéropexie, néphropexie chez une même malade. Occlusion intestinale par bride ancienne ; section de la bride, guérison, par Gallet. (*Ibid.*, 15 juillet.) — Enucléation vaginale en deux temps des gros myomes utérins, par Kustner. (*Deut. med. Woch.,* n° 1.) — Manuel opératoire de l'hystérectomie appliquée au traitement des tumeurs de l'utérus, par Menu. (*Thèse de Paris,* 30 novembre.) — Adénome dans une trompe enflammée, par Monprofit et Pilliet. (*Soc. anat. Paris,* 21 juillet.) — 3 cas de myélome, sarcome, de la trompe de Fallope, par Dixon Jones. (*Americ. j. of obst.*, septembre.) — Dégénérescence hyaline et myxomateuse dans les sarcomes utérins, par V. Franqué. (*Cent. f. Gynaek.*, 28 octobre.) — Du cancer utérin, par Jacobs. (*La policlin. Bruxelles,* 15 août, et *Arch. de tocol.*, septembre.) — Du cancer du corps de l'utérus, par Schœnheimer. (*Arch. f. Gynaek.*, XLV, 1.) — De la récidive du cancer utérin, récidive par inoculation, par V. Winter. (*Zeit. f. Geburts*, XXVII, 1.) — Le traitement précoce du cancer utérin, par Kelly. (*N. York med. j.*, 14 octobre.) — Néoplasme intra-utérin, hystérectomie vaginale totale, par Faguet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 juillet.) — 2 cas d'hystérectomie vaginale guérie pour cancer, l'un chez une femme de 78 ans sans récidive depuis 3 ans, l'autre chez une femme enceinte, par Th. Landau. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 505, 22 mai.) — Sur un nouveau traitement des cancers inopérables, par Bernhart. (*Cent. f. Gynaek.*, 30 septembre.

V

Vaccin. — La vaccine animale, par Chambon et Saint-Yves Ménard. (*Journ. de méd. et chir prat.*, 8.) — La nature de l'immunité vaccinale, par Kramer et Boyce. (*Brit. med. j.*, 4 novembre.) — Sur la question de l'identité de la vaccine et de la variole, par Pourquier et Ducamp. (*Semaine méd.*, 21 octobre.) — Vaccine et variole simultanées, par Millard. (*Soc. méd. des hôp.*, 5 mai.) — Eruption post-vaccinale inoculable, consécutive à la vaccination de pis à bras, par Comte. (*Arch. de méd. milit.*, octobre.) — Aspects cliniques de l'immunité, par Canfield. (*Americ. j. of med. sc.*, septembre.) — Des maladies infectieuses et en particulier de leur traitement par les vaccins, par Rickards. (*Brit. med. j.*, novembre.)

Vagin. — Un cas de pyokolpos suite d'atrésie vaginale, par Frank. (*Cent. f. Gynaek.*, 9 septembre.) — Ablation d'un cancer du vagin, atteignant l'utérus chez une femme de 43 ans, mère de 11 enfants, par Krafft. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIII, 145.) — Du tamponnement vaginal, par Demelin. (*Rev. gén. de clin.*, 25, p. 394.)

Varice. — Cure opératoire et radicale des varices par les ligatures multiples

et l'exercice, par SCHWARTZ. (*Rev. gén. de clin.*, 22, p. 337.) — Traitement du varicocèle, par RECLUS. (*Gaz. hebdom., Paris,* 12, p. 135.)

Varicelle. — Sur la question d'identité de la varicelle et de la variole, par FREYER. (*Zeit. f. Hyg.*, XII, et *Hyg. Rundschau*, III, 7.)

Variole. — La variole en Angleterre, par H. MONOD. (*Rev. d'hyg.*, XV, p. 452.) — Sur six cas de variole, à Beaune, par AFFRE. (*Bourgogne méd.* 1er juil.) — Recherches sur la variole, par PORTER. (*Lancet*, 11 novembre.) — Un cas de variole (éruption pustuleuse généralisée avec fièvre) syphilitique, par LEWIN; *idem*, par ISAAC. (*Berlin. klin. Wochens*, p. 148 et 149., 6 février.) — Complication rare de la variole, par BOOBBYER. (*Sheffield med. j.*, octobre.) — Variole confluente ; hémiplégie gauche ; pleurésie purulente, empyème, par DAVEZAC et DELMAS. (*Journal méd. Bordeaux*, 17 septembre.) — Recherches sur les variations quantitatives des globules du sang, dans le cours de la variole et de ses complications, par PICK. (*Arch. f. Derm. und Syph.*, XXV, 1 et 2.) — La rachialgie dans la variole, ses rapports avec la vie sexuelle, par COMBEMALE. (*Bull. méd. du Nord*, 24, p. 598 ; 1892.) — Essai de sérothérapie dans la variole, par AUCHÉ. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er juillet.)

Veine. — Plaies de la veine fémorale, par YON. (*Thèse de Paris*, 22 nov.) — Suture de la vessie brachio-céphalique, par MARIN. (*Pan americ. med. Cong.*, septembre.) — La suture des veines, par ROMME. (*Tribune médic.* 6 juillet.) — Phlébotomie viscérale, par HARLEY. (*Jour. amer. med. ass.*, 22 juillet.) — 2 cas de phlegmatia alba dolens, par WINTER. (*Americ. j. of obst.*, novembre.)

Vessie. — De l'inflammation prévésicale, par THORNDIKE. (*Journ. of cutan. dis.*, septembre.) — Cystites survenant chez des malades n'ayant jamais été sondés, par REYMOND. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, octobre.) — Des cystites par infection descendante, par BAZY. (*Ibid.*. novembre.) — Traitement des cystites chroniques rebelles par le raclage de la vessie, par VERHOOGEN. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 juin.) — Quatre ponctions vésicales frustes, par PICARD. (*France méd.*, 17, p. 257.) — Diagnostic d'un calcul vésical en arière et au-dessus de la symphyse, par le cystoscope, par VIERTEL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 14, p. 330.) — Des calculs de la vessie à symptômes anormaux, par BAZY. (*Union médicale*, 17 août.) — Calculs multiples de la vessie et de la prostate, par ESTES. (*Leigh Valley med. Magazine*, IV, 4.) — 62 cas de lithotritie, par MILTON. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XXI, p. 161.) — Un cas de litholapaxie, par SHERMAN. (*Boston med. journal*, 20 septembre.) — La cystoscopie, par VERHOOGEN. (*La Policl. Bruxelles*, 15 septembre.) — Sur l'emploi du chloroforme pour le diagnostic des calculs de la vessie, par SOREL. (*Arch. prov. de chir.*, II. 11.) — Emploi de la symphyséotomie dans les opérations sur la vessie, par WICKHOFF. (*Int. klin. Rundschau*, 11.) — Du drainage continu de la vessie, par THORNDIKE. (*Boston med. journ.*, 31 août.) — Une mode pratique de drainage dans la cystotomie sus-pubienne, par COBB. (*Ibid.*, 24 août.) — Nouvelles contributions à la taille hypogastrique sans siphon, par C. BERNABEO. (*Giornale Assoc. napoletana di med.*, p. 359.) — De la taille sus-pubienne, par BOUTAN. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, octobre.) — De la taille haute et médiane, par HABS. (*Deut. Zeit.f. Chir.*, XXXVII, 1 et 2.) — Calcul vésical volumineux chez un jeune soldat, taille hypogastrique, guérison, par DE VILLEGENTE. (*Arch. de méd. milit*, novembre.) — L'emploi

du marteau et du ciseau dans la taille pour les volumineux calculs, par Pye Smith. (*Sheffield med. journ.*, octobre.) — Cystostomie et cystodrainage hypogastriques, par Lejars. (*Sem. méd.*, 4 octobre.) — De la cystotomie intra-péritonéale, par Harrington. (*Annals of surg.*, octobre.) Nouvelle indication de la cystostomie sus-pubienne, son application aux rétrécissements urétraux, par E. Rollet. (*Lyon méd.*, 22 oct.) — 2 cas urgents de cystostomie sus-pubienne pratiquée à la campagne, par Guillemot. (*Ibid.*, 12 novembre.) — Calculs récidivants de la vessie chez un malade opéré deux fois par la taille hypogastrique, par Issoulier. (*Journ. méd. Bordeaux*, 13 août.) — Des indications de la taille hypogastrique et de la lithotritie, par Delagénière. (*Arch. prov. de chir.*, II, 11.) — Extraction de la vessie, par laparotomie, du plus volumineux calcul connu, par Milton. (*Lancet*, 16 septembre.) — Enorme distension viscérale par fibrome utérin, ablation du fibrome, disposition particulière de la vessie ayant gêné l'opération, par Condamin. (*Lyon méd.*, 19 nov.) — De la conduite à tenir dans les lésions opératoires de la portion extra-péritonéale de la vessie herniée, seule ou avec l'intestin, par Demoulin. (*Union médicale*, 7 septembre.) — Rupture de la vessie après une opération de fistule vésico-vaginale, par Baecker. (*Cent. f. Gynaek.*, 23 septembre.) — Procédé opératoire par la réparation des vastes pertes de substance de la cloison vésico-vaginale et de l'urètre, par Pollosson. (*Lyon méd.*, 29 oct.) — Ectopie vésicale, traitée par la méthode de Trendelenburg, par Drake-Brockman. (*Brit. med. j.*, 21 octobre.) — Tumeur maligne de la vessie développée à la suite d'une cystite chronique, par J.-L. Reverdin. (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, 233.)

Virus. — Sur l'absorption des virus par les muqueuses, par Conte. (*Soc. de biol.*, 28 octobre.)

Vitré. — Hémorragie spontanée du corps vitré chez un jeune homme, par Juler. (*Trans. opht. soc. unit. Kingd.*, XIII, p. 67.)

X

Xanthome. — Sur la nature des xanthomes et la cause prochaine de leurs complications par Hallopeau. (*Ann. de dermat.*, IV, 8.)

Xérodermie. — Un cas de xeroderma pigmentosum, par Hutchins. (*Journ. of cutan. dis.*, octobre.) — 3 cas de xeroderma pigmentosum chez des enfants d'une même famille dont deux avec épithéliomes, par F. Schuette. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 juillet.)

Z

Zona. — Deux cas de zona de l'épaule, par Descroizilles. (*Gaz. des hôp.*, 7 novembre.) — Zona ophtalmique. Strabisme consécutif, par Goldschmidt. (*Soc. méd. des hôp.*, 26 mai.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie **G. Masson**, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

L'hiver dans les Alpes-Maritimes et dans la principauté de Monaco; climatologie et hygiène, par le Dr E. Onimus, lauréat de l'Institut. Deuxième édition. (Un volume in-18 avec 56 figures.) — Prix : 4 francs.

Syphilis et prostitution chez les insoumises mineures (1878-1887), par O. Commenge, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin en chef adjoint au dispensaire de la salubrité. (Un volume in-8.) — Prix : 3 fr. 50.

Maladies des pays chauds (*Maladies de l'appareil digestif, des lymphatiques et de la peau*), par le Dr H. de Brun, professeur de clinique interne à la Faculté de Beyrouth, médecin sanitaire de France en Orient, correspondant de l'Académie de médecine. (Un volume petit in-8, de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire.*) — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs.

Le microscope; ses applications, par le Dr H. Beauregard, professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie, assistant au Muséum. (Un volume.) — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs.

Manuel de pathologie interne, par le Professeur Dieulafoy. (7e édition, 3 vol. in-18 diamant, d'ensemble 2,096 pages.) — Prix : cartonnés toile, 20 francs.

L'hydrothérapie dans les maladies chroniques et les maladies nerveuses, par les Drs Béni-Barde et Materne, médecins de l'établissement hydrothérapique de la rue de Miromesnil (Paris). (Un volume grand in-8 de xxiii-505 pages.) — Prix : 8 francs.

Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes, par le Professeur Grasset, de Montpellier. (Un volume in-18.) — Prix : reliure souple, 4 francs; franco-poste, 4 fr. 50.

Librairie **O. Doin**, place de l'Odéon, 8, Paris.

Les bains froids dans les formes typhoïdes des maladies infectieuses, par le Dr Harold Faure-Miller, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Grand in-8 de 200 pages.) — Prix : 4 francs.

Traité clinique de dermatologie, par H. Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis. (Un volume grand in-8 de 512 pages.) — Prix : 10 francs.

Traité des maladies de la bouche. Pathologie interne, suivi d'un précis d'hygiène de cette cavité, par le Dr E. Maurel, médecin principal de la

marine, agrégé de la Faculté de médecine de Toulouse. (Un volume in-8, de 400 pages.) — Prix : broché, 8 francs.

Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale, publiée sous la direction de MM. DUJARDIN-BEAUMETZ et TERRILLON.

Thérapeutique obstétricale, par le Dr AUVARD, accoucheur des hôpitaux de Paris. (Un volume in-18 jésus, de 225 pages, relié, avec 82 figures dans le texte.) — Prix : 4 francs.

Travaux du Laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine de Lyon.— Recherches anthropologiques sur le plan horizontal de la tête; méthode pour le déterminer, par le Dr Eugène HIRTZ. (Un volume in-8 de 70 pages, avec 3 planches hors texte.) — Prix : 3 francs.

Petit guide d'hygiène pratique dans l'Ouest africain, par le Dr Charles SCOVELL GRANT; traduit et annoté par le Dr P. JUST NAVARRE, ex-médecin de la marine. Deuxième édition. (Un volume in-18 de 70 pages.) — Prix : 1 fr. 50.

Les nouvelles recherches sur les éléments nerveux, par J. DAGONET. médecin adjoint de l'Asile clinique (Sainte-Anne). (Une brochure in-8, de 48 pages.) — Prix : 1 fr. 25.

Travaux du Laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine de Lyon.— Recherches anatomiques sur la veine porte et particulièrement sur ses anastomoses avec le système veineux général, par le Dr Albert MARIAN. (Un volume in-8, de 90 pages avec 7 figures dans le texte.) — Prix : 3 francs.

Recherches expérimentales sur le choléra asiatique indo-chinois, par le Dr A. CALMETTES, médecin de 1re classe des colonies. (In-8, de 25 pages). — Prix : 1 fr. 50.

Petit précis de thérapeutique oculaire usuelle, par le Dr A. BOURGEOIS. Deuxième édition revue et augmentée. (Un volume in-18, de 85 pages.) — Prix : 1 fr. 50.

Librairie **Baillière** et fils, rue Hautefeuille, 19, Paris.

Précis d'anatomie topographique, par N. RUDINGER, professeur à l'Université de Munich. Édition française avec notes et additions, par P. DELBET, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. Préface, par A. LE DENTU, professeur à la Faculté de médecine de Paris. (Un volume grand in-8, de 254 pages, avec 68 figures en plusieurs couleurs). — Prix : cartonné, 8 francs.

La pratique de l'asepsie et de l'antisepsie en chirurgie, par Ed. SCHWARTZ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin. (Un volume in-18 jésus, de 380 pages, avec 51 figures). — Prix : cartonné, 6 francs.

Précis de médecine opératoire obstétricale, par le Dr RÉMY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. (Un volume in-18 jésus, de 456 pages, avec 185 figures). — Prix : cartonné, 6 francs.

Traité élémentaire d'anatomie pathologique, par P. COYNE, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. (Un volume in-8, de 1040 pages, avec 223 figures noires et coloriées.) — Prix : 14 francs.

Les pyosepticémies médicales, par le Dr Georges ÉTIENNE, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Nancy. (Un volume grand in-8 de 389 pages. — Prix : 7 francs.

La glande thyroïde et les goitres, anatomie normale et pathologique, bac-

tériologie, par le Dr A. Rivière, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Lyon. (Grand in-18 de 150 pages, avec planche. — Prix : 4 francs.

Les nouveaux hypnotiques, étude expérimentale et clinique, par le Dr G. Houdaille, ancien externe, lauréat des hôpitaux de Paris. (Un volume grand in-8 de 239 pages). — Prix : 5 francs.

Des pansements et de l'antisepsie dans la chirurgie lyonnaise, par le Dr J. Thévenet, ancien interne des hôpitaux de Lyon. (Un volume grand in-8 de 220 pages). — Prix : 5 francs.

Les anomalies chez l'homme et les mammifères, par Louis Blanc, chef des travaux anatomiques à l'école vétérinaire de Lyon. Précédé d'une préface, par M. le Dr Camille Dareste, directeur du Laboratoire de tératogénie à l'Ecole des Hautes-Etudes. (Un volume in-16 de 328 pages avec 127 figures. (Bibliothèque scientifique contemporaine). — Prix : 3 fr. 50.

Thérapeutique journalière; *maladies internes et maladies des enfants*, par C. Smith, médecin praticien à Moscou. (Un volume in-18 de 204 pages). — Prix : 3 francs.

L'*albuminurie dans le diabète*, par le Dr J. Sallès, ex-interne des hôpitaux de Lyon. (Grand in-8, 210 pages). — Prix : 5 francs.

La pratique des maladies du système nerveux dans les hôpitaux de Paris; aide-mémoire et formulaire, par le professeur Paul Lefert. (Un volume in-16 de 285 pages, cartonné). — Prix : 3 francs. Ce volume fait partie du *Manuel du médecin praticien.*

Des méningites suppurées non tuberculeuses, par Albert Vaudremer, docteur en médecine de la Faculté de Paris. (Grand in-8 de 198 pages). — Prix : 4 francs.

De l'acuité visuelle. Etude physique et clinique, par le Dr Henry Bordier, licencié ès sciences physiques. (Grand in-8, 162 pages avec 25 figures.) — Prix : 5 francs.

Les déséquilibrés du ventre. L'entéroptose ou maladie de Glénard, par le Dr A. Monteuuis, de Dunkerque. Introduction par le Dr Fr. Glénard. (Un volume in-18 de 344 pages). (Bibliothèque médicale variée). — Prix : 3 fr. 50.

Troubles fonctionnels du cœur; *tachycardie et asystolie dans les compressions du pneumogastrique*, par le Dr E. Renaud, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Un volume grand in-8 de 180 pages, avec tracés). — Prix : 4 francs. Symptomatologie. — Marche, durée, terminaison. — Diagnostic. — Etiologie. — Pathogénie. — Traitement. Observations prises dans les services du professeur Jaccoud et du Dr Merklen.

Traité pratique de gynécologie, par Stéphane Bonnet, ancien interne des hôpitaux, membre de le Société obstétricale et gynécologique, et Paul Petit, membre de la Société obstétricale et gynécologique, membre correspondant de la Société anatomique. Introduction, par le Dr A. Charpentier, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de medecine de Paris. (Un volume in-8 de 804 pages avec 297 figures dont 90 tirées en deux et trois couleurs). — Prix : 15 francs.

Librairie **Rueff et Cie**, boulevard Saint-Germain, 106, Paris.

Formulaire thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants, par le Dr Jules Comby, médecin des hôpitaux de Paris, médecin des dispensaires pour enfants malades. (Un volume in-18, relié peau pleine, maroquin écrasé — Prix : 10 francs.

Bibliothèque médicale, publiée sous la direction de MM. J. M. Charcot,

professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et G.-M. DEBOVE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. (Volumes in-16, reliure d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50.

Etat mental des hystériques; les accidents mentaux, par Pierre JANET, ancien élève de l'Ecole normale, professeur agrégé de philosophie au collège Rollin, docteur ès lettres, docteur en médecine. (Un volume in-16, reliure d'amateur, tête dorée, avec 5 figures dans le texte). — Prix : 3 fr. 50.

Le régime lacté, par le Dr Édouard RONDOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris. (Un volume in-16, reliure d'amateur, tête dorée). — Prix : 3 fr. 50.

Le choléra, par le Dr L. GALLIARD, médecin des hopitaux. (Un volume in-16, reliure d'amateur, tête dorée). — Prix : 3 fr. 50.

Hygiène alimentaire, par les Drs POLIN et LABIT, médecins-majors de l'armée, lauréats de la Faculté de médecine. (Un volume in-16, reliure d'amateur, tête dorée). — Prix : 3 fr. 50.

Tumeurs fibreuses de l'utérus, par A. BOIFFIN, ancien prosecteur à la Faculté de Paris, professeur suppléant à l'Ecole de médecine, chirurgien suppléant des hôpitaux de Nantes.) Un volume in-16, reliure d'amateur, tête dorée, avec 38 figures dans le texte). — Prix : 3 fr. 50.

Traité des maladies de l'estomac, par les Drs DEBOVE et ACHARD. (Un volume, relié peau pleine, tête dorée). — Prix : 12 francs.

Le somnambulisme provoqué et la fascination; outrages à la pudeur, violence sur les organes sexuels de la femme dans le somnambulisme provoqué et la fascination; étude médico-légale, par le Dr E. MESNET, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu. (Un volume in-8, relié peau pleine, tête dorée). — Prix : 7 francs.

Librairie **Asselin et Houzeau**, place de l'Ecole-de-Médecine.

Leçons de clinique médicale, par le professeur PETER, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine. Tome III et dernier, contenant : *La rage et les doctrines microbiennes; les fatigués et les surmenés; les thyphoïdiques; les grippés; les diphtérisés; le choléra infantile; le choléra nostras; le choléra indien; les scrofuleux; quelques faits de cardiopathie; les goitreux exopthalmiques, etc., etc.* (Un volume in-8 de 900 pages, cartonné). — Prix : 15 francs.

Librairie **G. Steinheil**, rue Casimir-Delavigne, 2.

Précis des maladies blennorragiques, par le Dr Ch. AUDRY, chargé de la clinique de dermato-syphiligraphie à la Faculté de médecine de Toulouse. (Avec figures dans le texte). — Prix : 3 fr. 50.

Etude sur le phlegmon infectieux pharyngo-laryngé, par le Dr A. DUDEFOY, ancien interne des hôpitaux. — Prix : 3 francs.

Des urétérites et de leur traitement chirurgical (urétérectomie), par le Dr Léon ROUSSEAU, ancien interne des hôpitaux. — Prix : 3 francs.

Les traitements de la chlorose, par le Dr MORY. — Prix : 2 fr. 50.

Fièvre bilieuse hématurïque; hémoglobinurie paroxystique a frigore; hémoglobinurie quinique; pathogénie et traitement de ces affections, par le Dr MOUSSOIR. — Prix : 2 francs.

Du ptosis; son traitement chirurgical, par le Dr Pertat. — Prix : 2 fr. 50.

Des gommes syphilitiques de la conjonctivite, par le Dr Petit. Prix : 2 fr. 50.

De l'angiokératome (*télangiectasie verruqueuse*), par le Dr Piffault. — Prix : 2 francs.

Etude clinique sur le rythme respiratoire dans les maladies de l'enfance, par le Dr Porte. — Prix : 2 fr. 50.

Des malformations congénitales du cœur; maladie de Roger, par le Dr Reiss. — Prix : 2 fr. 50.

De l'arthrodèse tibio-tarsiennne dans les cas de pieds-bots paralytiques, par le Dr Renault, ancien interne des hôpitaux. — Prix : 2 fr. 50.

De l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine dans les tissus vivants, par le Dr Forge.

Librairie **Félix Alcan**, boulevard Saint-Germain, 108, Paris.

Les maladies du soldat : étude étiologique, épidémiologique, clinique et prophylactique, par A. Marvaud, médecin principal de 1re classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Villemanzé, à Lyon, professeur agrégé libre de l'Ecole du Val-de-Grâce. (Un fort volume grand in-8.) — Prix : 20 francs.

Librairie **L. Battaille** et **C**ie, place de l'Ecole-de-Médecine, 23, Paris.

Leçons sur le choléra, faites à la Faculté de médecine de Montpellier, par le Dr A. Brousse, professeur agrégé, chargé de cours. Recueillies par A. Malzac, aide de clinique. (Une brochure in-8 raisin). — Prix : 1 fr. 50.

Société d'éditions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine et rue Antoine-Dubois, 4.

Le dermographisme ou dermoneurose toxivasomotrice, par le Dr Toussaint-Barthélemy, médecin nommé au concours de Saint-Lazare, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris et de l'hôpital Saint-Louis. (In-8 de 300 pages, avec 17 planches hors texte de stigmatisées et de dermographisme.) — Prix : 7 fr. 50. Remise : 25 0/0 et 14/12 au comptant.

De l'urétrite chez la femme : ses formes, ses variétés et sa microbiologie, par le Dr G. Richard d'Aulnay.

Publications du Progrès Médical, rue des Carmes, 14.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, par Bourneville. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1892. Publié avec la collaboration de MM. Dauriac, Ferrier et Noir. (Un volume in-8 de CXII-368 pages, avec 37 figures et 15 planches.) — Prix : 7 francs.

Clinique des maladies du système nerveux, par le professeur Charcot. Leçons du professeur, mémoires, notes et observations parus pendant les années 1889-90 et 1890-91 et publiés sous la direction de Georges Guinon. (Tome II, volume in-8 de 482 pages, avec 20 figures et une planche hors texte.) — Prix : 12 francs.

Librairie **Maloine**, boulevard Saint-Germain, 91.

Neurasthénie et arthritisme; urologie; régime alimentaire, traitement, par le Dr R. Vigouroux, chef du service d'électrothérapie des hôpitaux (Salpétrière), avec une introduction par le Dr R. Levillain, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, médecin-consultant à Royat, médecin directeur de l'établissement hydrothérapique de Nice. (Un volume in-18, avec 23 tableaux et graphiques urologiques, cartonné toile.) — Prix : 2 fr. 50.

Librairie **Rozier**, rue Saint-Guillaume, 26.

Etude sur l'anévrisme artério-veineux de l'artère tibiale postérieure, par le Dr Annequin, médecin principal.

Considérations à propos d'un cas d'enclavement du nerf radial traité par la suture après résection de la partie enclavée, par le Dr Annequin.

Librairie **Allier**, Grenoble.

Considérations sur le mortellement des orteils et son traitement chirurgical, par le Dr Annequin, médecin principal.

Librairie **Cassignol**, Bordeaux.

Du massage dans le traitement des ulcères variqueux, par le Dr L. Erdinger, médecin de la marine.

Librairie **Féret** et **fils**, Bordeaux.

Chirurgie des voies urinaires; études cliniques, par le Dr Loumeau.

Librairie **Bridel** et **Cie**, Lausanne.

La cellule nerveuse, étude histologique suivie de quelques recherches sur les cellules des hémisphères chez les grenouilles, par le Dr Berdez.

Typographie nationale, Jassy.

Consideratiuni asupra ovariotomiei abdominale, teza de Alexandru Gavrilescu.

Librairie **Moya**, Madrid.

Tratamiento de los complicaciones de la tuberculosis laringo-pulmonar, leçons, par Antonio Espina y Capo.

Librairie **Pabla** et **Coni**, Buenos-Ayres.

Localizaciones y sintomas cardiacos de la fiebre tifoidea, por el Dr Ant. Vidal.

Giannini et **Figli**, Naples.

La corteccia del cerveletto, studi d'istologia e morfologia comparate, per Dott. Cesare Falione.

Morano, Naples.

Sul potere coibente del fegatoe del cervello negli avvelenamenti alcoolici, studio sperimentale, dell Dott. Carlo Gioffredi.

Spandre et **Lazzari**, Turin.

Della pazzia gemellare, note ed osservazioni originali, del Dott. Ant. Marro.

Librairie **Calderini**, Reggio nell'Emilia.

Degenerazione del midollo spinale nell'avvelenamento sperimentale per fosforo, par Gurrieri.

Government printing, Washington.

Department the interior; census office, Robert Porter, superintendent, vital statistics of the district of Columbia and Baltimore covering a period of six years ending, mai 31, 1890, par John Billings.

Le gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 1.1.94

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XLIII

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

CHIMIE MÉDICALE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

HYGIÈNE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRE.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Zur Lehre von der Wirkung des Silbernitrat auf die Elemente des Nervensystems (Sur le mode d'action du nitrate d'argent sur les éléments du système nerveux), par A. FISCHEL (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLII*, *p.* 383-404).

On sait que les fibres et les cellules nerveuses, traitées par une solution de nitrate d'argent, présentent des stries transversales alternativement claires et noires. Cette réaction a été interprétée de diverses manières. L'auteur s'est proposé, en employant une méthode plus sûre que celles dont on s'est servi jusqu'alors et qui consiste à obtenir la réduction du nitrate d'argent au sein même des tissus, sans avoir à faire intervenir l'action de la lumière, l'auteur, disons-nous, s'est proposé de rechercher l'explication de ce phénomène. Il montre d'abord que la production des stries est indépendante de l'état fonctionnel du nerf ou de la cellule, car on les obtient en opérant sur des nerfs morts. De plus, il n'y a pas, ainsi que l'a prétendu Jakimovitch, plusieurs types tranchés de striation selon l'état du nerf : on les observe tous à la suite les uns des antres dans la même préparation. Par contre, la manière d'employer le réactif influe sur la forme de la striation. Les stries sont toujours constituées par des granulations noires plus ou moins volumineuses, tantôt agencées en séries régulières, tantôt amassées sans ordre, les unes à côté des autres. Ces granulations n'entourent pas comme des anneaux le cylindraxe ou les prolongements des cellules, mais occupent toute leur épaisseur. En outre, elles s'observent aussi isolément dans les stries claires.

La striation résulte de ce que des granulations s'agencent dans un certain milieu, fluide au moment de la pénétration du sel d'argent, en s'amassant par places et et en restant rares dans les zones intermédiaires à ces amas. Ce milieu existe dans les cylindraxes et dans les cellules nerveuses. Il est également répandu ailleurs, de sorte qu'on peut obtenir une striation dans tous les tissus richement imprégnés de suc lympha-

tique et perméables. Ainsi les vaisseaux des organes nerveux centraux, traités par le nitrate d'argent, montrent des stries transversales qui sont situées à l'extérieur de leur couche musculaire, et qui présentent les mêmes variétés et les mêmes caractères que les stries des cylindraxes. De même, la striation s'observe dans le tissu muqueux du cordon ombilical, dans le tissu conjonctif de la peau, dans les gros vaisseaux des bronches et des poumons, autour des tubes collecteurs du rein..., etc. On peut donc admettre comme un fait général l'existence d'une striation (sous l'influence du nitrate d'argent) dans tous les tissus imbibés de plasma lymphatique. Il s'agit d'un phénomène purement physique qui n'est nullement en rapport avec les particularités d'organisation d'un tissu. Les substances colloïdes, en se coagulant, présentent des zones alternatives de rétraction et d'expansion, par conséquent des zones alternativement épaisses et minces. Les granulations d'argent fixées dans ces zones se trouveront accumulées en masses alternativement denses et raréfiées, d'où formation de stries. A. NICOLAS.

Ein Einfaches Verfahren um Golgiscke Präparate für die Dauer zur fixiren (Méthode simple pour rendre durables les préparations faites selon la méthode de Golgi), par E. KALLIUS (*Anatomische Hefte*, *II*, 2, *p.* 269-275).

Ce moyen consiste à réduire le chromate d'argent, qui s'est fixé sur les tissus, à l'état d'argent métallique. Dans ce but, l'auteur a imaginé de *développer* les coupes par un mélange de développateur à l'hydroquinone et d'alcool absolu. Une fois la réduction obtenue on lave les coupes à l'eau, on les traite ensuite pendant quelques minutes par l'alcool à 70°, puis on les *fixe* par une solution d'hyposulfite de soude. Toutes ces manipulations terminées on monte au baume. On peut aussi au préalable colorer par le carmin, l'hématoxyline, etc., on peut agir sur les coupes des réactifs (potasse par exemple) qui auraient détérioré des pièces non réduites. A. NICOLAS.

Zur Frage über das Verhalten der Nervenzellen zu einander (Sur les relations des cellules nerveuses entre elles), par A. DOGIEL (*Archiv f. Anat. u. Physiol.-Anat. Abth.*, 5-6, *p.* 429, 1893).

Dans une série de recherches sur la rétine, Dogiel a montré (Voir *R. S. M.*, XLIII, 6) que les prolongements protoplasmiques d'une cellule donnée après s'être successivement divisés, se résolvent définitivement en un nombre plus ou moins considérable de fibrilles qui s'anastomosent avec les ramifications des cellules voisines appartenant au même type qu'elle, formant ainsi un véritable réseau.

Cette conclusion, on le sait, est en opposition avec la théorie actuellement dominante, qui affirme l'individualité complète des éléments nerveux. Dans le présent travail, Dogiel affirme à nouveau la réalité des anastomoses en question et apporte de nouveaux faits à l'appui de ses conclusions. Il montre (couche ganglionnaire interne de la rétine humaine, couche ganglionnaire moyenne de la rétine de pigeon) que les cellules nerveuses sont unies non seulement par un réseau résultant de l'anastomose des fines ramifications protoplasmiques, mais encore par des *anastomoses directes*.

Celles-ci se présentent sous la forme d'un prolongement épais, tendu entre deux éléments rapprochés ou entre deux éléments assez éloignés l'un de l'autre et réunissant, ou bien les deux corps cellulaires ou bien, au voisinage de leur origine, deux prolongements protoplasmiques partant de ceux-ci. Ces fibres anastomotiques émettent dans toute leur étendue des branches latérales qui, se comportant comme les autres ramifications protoplasmiques, vont prendre part à la constitution du réseau protoplasmique. A. NICOLAS.

Beiträge zur feineren Anatomie des grossen Hirns. I. Ueber die feinere Struktur des Ammonshornes (Contribution à l'étude de la fine anatomie des hémisphères cérébraux. I. Structure de la corne d'Ammon), par RAMON Y CAJAL (*Zeitschr. f. wissensch. Zool., LVI*, 4, *p.* 614).

Les conclusions générales formulées par l'auteur à la fin de son mémoire sont les suivantes :

1° La corne d'Ammon représente une partie de l'écorce cérébrale, plus simple cependant dans ses couches profondes, plus compliquée dans la zone superficielle ou moléculaire. La différence principale consiste en ceci : de même que dans la première zone de l'écorce typique, les cylindraxes ascendants, les collatérales de la substance blanche et les ramifications nerveuses des éléments à cylindraxe court forment un plexus diffus en connexion avec les ramifications dendritiques des cellules pyramidales. Dans la corne d'Ammon ces fibres occupent les différents plans de la zone moléculaire, constituant des plexus superposés, assez bien limités, ce qui permet aux cellules pyramidales de contracter des rapports spéciaux caractéristiques. Ces connexions ou contacts nerveux protoplasmatiques sont, pour les pyramides de la région supérieure de la corne d'Ammon : d'abord pour leur bouquet protoplasmique inférieur, les collatérales du cylindraxe des pyramides les plus rapprochées et les fines collatérales de la substance blanche; ensuite, pour le corps, les ramifications nerveuses circumcellulaires des deux sortes de cellules du type II (de Golgi) du *stratum oriens;* en troisième lieu, pour le tronc dendritique ascendant les collatérales de la substance blanche et les fibrilles terminales des cellules à cylindraxe court du *stratum radiatum* ; en quatrième lieu, pour les faisceaux dendritiques à leur point d'émergence, les épaisses collatérales ascendantes de Schaffer, les ramifications horizontales des cylindraxes ascendants les plus épais et les fibrilles terminales ; enfin pour les branches périphériques du faisceau dendritique, les ramifications nerveuses des cellules autochtones du *stratum moleculare*, les branches nerveuses des cellules du *stratum lacunosum*, etc. Ces connexions sont celles qui prédominent dans chaque zone.

2° La zone moléculaire de la corne d'Ammon (*Stratum radiatum lacunosum* et *stratum moleculare*) paraît beaucoup plus riche en cellules du 2e type que l'écorce typique, parce qu'elle renferme, outre les éléments que nous connaissons dans la première couche corticale, deux nouvelles sortes de cellules : les éléments triangulaires de la couche lacunaire dont les prolongements protoplasmiques plongent jusqu'au *stratum oriens*, et les cellules fusiformes à cylindraxe descendant ramifié entre les cel-

lules pyramidales. Par contre, les cellules pluripolaires, triangulaires ou fusiformes sont beaucoup plus rares que dans l'écorce typique.

3° Les collatérales épaisses ascendantes de Schaffer représentent vraisemblablement des anastomoses entre les grandes pyramides de la région inférieure et les petites de la région supérieure.

4° Les fibres nerveuses qui proviennent de la corne d'Ammon sont sans doute, comme celle de l'écorce typique, des fibres d'association, de projection et commissurales. Les fibres de projection dérivent des grandes pyramides et pénètrent dans la *fimbria*. Les fibres unitives viennent des petites pyramides et se rendent au *subiculum*. Les fibres commissurales se distinguent en courtes et longues.

5° Le fascia dentata possède, d'une façon générale, la même structure que la corne d'Ammon. D'autre part il présente des particularités qui pourraient permettre de le considérer comme un type spécial d'écorce cérébrale. Les principales différences sont : 1° Sa couche moléculaire ne se subdivise pas en zones secondaires; 2° les pyramides n'ont pas le faisceau dendritique descendant ni le tronc périphérique et, à cet égard, se rapprochent morphologiquement des pyramides de l'écorce des batraciens ; 3° les cylindraxes des grains jouissent de certaines particularités, par exemple des épaississements moussus, des terminaisons circumcellulaires dans la couche des grandes pyramides, etc.

6° On peut, par suite, regarder comme très vraisemblable que les grains représentent un système spécial de cellules d'association destiné principalement à s'exercer sur les épaisses pyramides de la région inférieure de la corne d'Ammon.

7° Les cellules d'association (2e type de Golgi) de la corne d'Ammon et du fascia dentata peuvent être, quant à la taille, à la forme et aux connexions des ramifications nerveuses terminales, partagées en trois catégories, et les rapports différents qu'elles contractent permettent de tirer quelques conclusions qui ne sont pas sans importance au point de vue de la signification de l'écorce typique. 1° Chaque cellule d'association est en relation fonctionnelle avec un nombre considérable de pyramides; 2° chaque pyramide est sans doute influencée par une cellule d'association, peut-être même par plusieurs; 3° l'association se transmet soit par le corps, soit par les troncs, soit par les ramifications dendritiques; 4° le mode de ramification des cellules d'association est subordonné à la forme et à la situation des cellules.

Les cellules du 2e type, à cylindraxe court, ne sont jamais entourées de plexus circumcellulaires, contrairement à ce qui se passe pour les éléments à cylindraxe long.

8° La corne d'Ammon est soumise, dans la série des mammifères, à des variations qui portent non seulement sur l'abondance plus ou moins considérable des pyramides et des cellules d'association, mais encore sur le nombre et la richesse des prolongements protoplasmatiques, ainsi que sur le degré de développement du plexus nerveux interstitiel.

9° Le fascia dentata se comporte de la même façon chez l'homme et chez les mammifères contrairement à la corne d'Ammon. A ce point de vue on peut le comparer au cervelet qui, bien que plus volumineux et plus plissé chez les vertébrés supérieurs, n'est pas essentiellement modifié dans sa texture, ce qui, entre parenthèses, paraît indiquer qu'au-

cun de ces organes n'est en rapport avec les fonctions intellectuelles,

A. NICOLAS.

Zur Entwickelung des Gehirnbalkens bei der Katze (Le développement du corps calleux chez le chat), par P. MARTIN (*Anat. Anz.*, *IX*, 5-6, *p.* 156).

Le développement du corps calleux chez le chat (vraisemblablement aussi chez les autres animaux domestiques) diffère par plusieurs points importants du développement de ce même organe chez l'homme. Les fibres commissurales, issues de neuroblastes qui méritent le nom de cellules d'origine des fibres calleuses, passent d'un hémisphère à l'autre en suivant la plaque terminale. Leur nombre augmente au fur et à mesure que les hémisphères s'accroissent en arrière et ainsi prend naissance une lame commissurale, le corps calleux, qui s'allonge progressivement d'avant en arrière au-devant de la plaque terminale. Celle-ci, même chez le chat adulte, reste en connexion avec le bourrelet (*Splénium*) du corps calleux, ce qui n'est pas le cas chez l'homme.

Chez les animaux domestiques le sillon de l'hippocampe vient se perdre sur la face ventrale du corps calleux, tandis que chez l'homme il se prolonge sur sa face dorsale ; naturellement le gyrus dentatus affecte avec le splénium des rapports différents dans l'un et dans l'autre cas. Les dispositions observées chez le chat résultent de l'extension considérable que prend chez cet animal (et chez les autres animaux domestiques) la partie caudale du corps calleux. A. NICOLAS.

L'écorce cérébrale des oiseaux, par Cl. SALA Y PONS (*Soc. de biol.*, 2 *décembre* 1893).

La substance grise corticale du cerveau n'est représentée chez les oiseaux que par une mince lame grise au-dessus et en dedans de la cavité ventriculaire : rien sur les parties latérales et inférieures. L'organisation en est très développée. On y trouve cinq couches : 1° zone moléculaire ; 2° petites cellules étoilées correspondant aux cellules pyramidales des mammifères ; 3° grandes cellules étoilées correspondant aux grandes cellules pyramidales ; 4° celles étoilées profondes répondant aux cellules polymorphes ; 5° zone épithéliale. On voit admirablement la formation des cellules-aragnées de la névroglie ; on saisit sur le vif le déplacement des cellules épendymaires et leur transformation en cellules névrogliques. DASTRE.

Origine corticale et trajet intra-cérébral des fibres de l'étage inférieur au pied du pédoncule cérébral, par J. DÉJERINE (*Soc. de biol.*, 30 *décembre* 1893).

L'étage inférieur du pédoncule est formé de fibres qui, toutes, viennent directement de la corticale, et sans interruption au niveau des ganglions centraux. Le faisceau interne du pédoncule, comprenant environ le cinquième de ce dernier, reçoit ses fibres de l'opercule rolandique et de la partie adjacente de l'opercule frontal. Le faisceau externe du pédoncule ou faisceau de Türck tire son origine de la partie moyenne du lobe temporal et en particulier de l'écorce des 2e et 3e circonvolutions temporales ; ce faisceau s'épuise dans la protubérance. Il n'appartient

pas à la capsule interne, qu'il ne rejoint que dans la région sous-optique en passant au-dessous du noyau lenticulaire. La partie moyenne du pied du pédoncule cérébral est constituée par des fibres qui tirent leur origine des 5/6 supérieur de la région rolandique — frontale et pariétale ascendantes — de la partie postérieure des 2e et 3e frontales, du lobule paracentral et de la partie antérieure du lobe pariétal. Toutes ces fibres appartiennent au faisceau pyramidal. DASTRE.

Contribution à l'étude du développement des cellules de l'écorce cérébrale par la méthode de Golgi, par A. THOMAS (*Soc. de biol.*, 27 *janvier* 1894).

L'auteur a observé sur les prolongements dendritiques de la cellule pyramidale, chez les animaux jeunes, des renflements arrondis ou ovalaires. Ces cellules à grains sont des éléments incomplètement développés. Les cylindraxes présentent des grains chez les embryons. Les cellules épendymaires s'étendent comme des travées directrices des ventricules à l'écorce; leur apparition est précoce. DASTRE.

Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark (Les voies de conduction dans le cerveau et la moelle), par W. von BECHTEREW (*In*-8, *Leipzig*, 1894).

Ce livre est la traduction allemande de l'ouvrage primitivement écrit en langue russe dans lequel Bechterew expose les principaux points connus de la structure des centres nerveux. Le plus grand intérêt de ce volume consiste en ce qu'il résume, sous une forme concise et dans un ordre méthodique les nombreuses recherches faites par l'auteur sur l'anatomie des centres nerveux; ces travaux, répartis en plusieurs années et dans différents recueils, étaient assez difficiles à consulter; ils seront dorénavant plus accessibles. L'auteur ne s'est pas borné à rééditer ses précédentes recherches, mais encore a mis son livre au courant des plus récentes acquisitions scientifiques. L'exposition est claire et suffisamment condensée. 16 figures dans le texte et une planche en couleur contribuent à faciliter la description. Celle-ci porte, d'ailleurs, exclusivement sur la structure et nullement sur la morphologie. PIERRE MARIE.

La fonction visuelle et le cuneus, par E. BRISSAUD (*Ann. d'ocul.*, *CX*, *novembre* 1893).

Les radiations optiques, en d'autres termes les faisceaux sensitifs, sont les faisceaux les mieux limités de toute la masse du centre ovale. Leurs origines dans les noyaux opto-striés sont suffisamment précises. Leur terminaison dans la région occipitale ne l'est pas moins. Elles aboutissent à tout l'étage supérieur du lobe lingual, depuis l'extrémité postérieure de cette circonvolution jusqu'à l'uncus de l'hippocampe en arrière du noyau amygdalien. Un certain nombre se jettent aussi dans la lobule fusiforme et peut-être même dans la troisième circonvolution occipito-temporale. Il n'y a pas de fibres de projection du cunéus proprement dit sur les noyaux visuels; ou, s'il en existe, elles sont en si petit nombre que leur destruction ne peut à elle seule produire l'hémiopie. Les lésions du cunéus tout seul sont incapables de produire l'hémiopie par une rupture des fibres de projection. Si les lésions du cunéus ont ce

résultat, le mécanisme de l'hémiopie n'est pas celui qu'on invoque en général, c'est-à-dire qu'il ne répond pas à une interruption des fibres cortico-thalamiques directes. ROHMER.

Ueber das Vorkommen echter peripherer Nervenendnetze (Sur l'existence de véritables réseaux nerveux terminaux périphériques), par **E. BALLOWITZ** (*Anat. Anz.*, *IX*, 5-6, *p*. 165).

L'emploi de la méthode de Golgi a permis à l'auteur de mettre en évidence dans les plaques de l'organe électrique de la torpille deux réseaux nerveux superposés. L'un d'eux déjà décrit, pour la première fois par Kölliker, est l'aboutissant des cylindraxes de tous les nerfs qui atteignent chaque plaque électrique. Le second, beaucoup plus délicat et situé au-dessus du précédent, présente des particularités intéressantes. Il renferme des bâtonnements orientés et agencés de diverses manières. Ballowitz appelle ce réseau « réseau électrique à bâtonnets » et le considère comme une formation spécifique de l'organe électrique.

A. NICOLAS.

Ueber den Ursprung des Nervus acusticus (L'origine du nerf acoustique), par **L. SALA** (*Archiv. f. mik. Anat.*, *XLII*, 1, *p*. 18).

Le noyau de Deiters, le noyau postérieur ou dorsal et le noyau de Bechterew ne sont pas des noyaux d'origine du nerf acoustique. Les cellules de ces trois noyaux appartiennent au 1er type (de Golgi) et fournissent des fibres qui, vraisemblablement, prennent part à la constitution de la formation réticulée. Le noyau antérieur ou ventral est le véritable noyau d'origine des fibres de la racine postérieure de l'acoustique (nerf cochléaire) tandis que le tubercule acoustique représente le centre de la plus grande partie des fibres qui forment les stries acoustiques.

Le noyau antérieur est composé dans sa partie centrale d'éléments qui présentent les caractères de cellules nerveuses des centres, et dans sa partie périphérique d'éléments encapsulés qui rappellent les cellules nerveuses périphériques. Les prolongements cylindraxiles des premières se comportent comme ceux des cellules du 2e type (de Golgi) et constituent un plexus qui donne naissance aux fibres des parties interne et antérieure de la racine postérieure de l'acoustique ; les secondes envoient leur prolongement nerveux se mélanger, à angle droit, aux fibres des racines antérieure et postérieure de ce même nerf.

Dans le corps trapézoïde il existe des fibres qui proviennent du noyau antérieur et ont la même valeur que l'une des branches de la division en T du prolongement nerveux des cellules plus périphériques appartenant aussi à ce noyau antérieur.

La racine antérieure de l'acoustique et le cervelet sont unis par des fibres qui, émanant de cette racine, longent la partie interne du pédoncule cérébelleux, suivent les bords latéraux du 4e ventricule et s'enfoncent enfin dans l'embolus et dans le noyau du toit.

La partie périphérique du noyau antérieur doit être considérée comme un véritable ganglion périphérique, qui, analogue à un ganglion spinal, appartient à la racine antérieure et à la partie interne de la racine postérieure de l'acoustique.

Outre ces conclusions qui concernent spécialement l'origine de l'acoustique, il en est deux autres d'intérêt plus général et qui sont les suivantes :

Il existe sûrement dans les centres nerveux des éléments qui entrent en relation directement les uns avec les autres par leur prolongement cylindraxile.

Une fibre nerveuse peut, pendant son trajet dans les centres, servir à unir deux ou plusieurs cellules nerveuses, par l'intermédiaire des prolongements cylindraxiles de ces cellules qui viennent successivement s'unir à elle.

Les recherches de L. Sala, poursuivies avec l'aide des méthodes de Golgi et de Weigert-Pal, ont porté sur des fœtus de veau et sur des chats nouveau-nés. A. NICOLAS.

Premier développement des artères coronaires cardiaques chez l'embryon du lapin, par H. MARTIN (*Soc. de biol.*, 27 *janvier* 1894).

L'artère coronaire offre un bon sujet d'étude, parce que sa situation particulière permet de l'apercevoir dès sa formation et empêche de la confondre avec tout autre. L'artère coronaire apparaît sous forme d'un bourgeon plein cellulaire, analogue à celui de la plupart des glandes. Le bourgeon se creuse ensuite de vacuoles intercellulaires. Son extension se fait par un bourgeon plein périphérique subissant les mêmes phénomènes évolutifs que le bourgeon originel. Les cellules du bourgeon forment l'endothélium de l'artère coronaire future, tandis que le tissu environnant forme les autres éléments. Les cellules centrales du bourgeon ne paraissent pas contribuer à former les globules rouges.

DASTRE.

Glandes hœmolymphatiques, par HENEAGE GIBBES (*The Amer. j. of the med. sc.*, *p.* 316, *septembre* 1893).

En 1883, l'auteur découvrait entre l'artère et la veine rénale un petit organe du volume d'un petit ganglion lymphatique, ayant la structure de la capsule surrénale, ressemblant à l'examen à un ganglion, mais avec cette différence qu'au lieu que ce soit de la lymphe qui circule dans son intérieur, c'était un courant sanguin parcourant de fins vaisseaux enfermés dans les trabécules fibreuses. Ayant retrouvé cette disposition chez trois sujets de suite, l'auteur en conclut qu'elle était constante.

Les recherches furent reprises par l'auteur au point de vue pathologique, dans des cas nombreux d'affections des reins, de cystite chronique, de calculs vésicaux, de tuberculose généralisée et de cancer. Dans tous ces cas, on retrouve les glandes d'ordinaire bilatérales, variables dans leur volume, mais identiques à la description première quant à leur structure. A côté de ces glandes, il en existait plusieurs autres.

Dans le tissu conjonctif, l'auteur trouve de nombreux petits nodules, que leur petitesse rend difficiles à reconnaître. Sur la coupe, on trouve de grandes cellules présentant un noyau bien net ; sur quelques-unes, les cellules étaient en petit nombre, dans d'autres on en voyait 30 ou 40 sur la coupe. Elles étaient entourées d'une délicate capsule dont on pouvait difficilement les sortir. Nombre de ces cellules contenaient de très abon-

dants grains de pigment. Elles n'avaient aucune analogie avec aucun élément du tissu nerveux. Elles ont évidemment un rôle dans l'hématopoièse. Dans aucun des faits examinés, ces glandes supplémentaires n'étaient affectées d'une lésion quelconque. Les glandes hœmolymphatiques dans ces seuls cas semblaient atteintes d'inflammation; sur le sujet atteint de tuberculose généralisée, on y trouvait des cellules géantes en grand nombre, mais pas de bacilles. F. VERCHÈRE.

Studien über Pigmenzellen..... (Etudes sur les cellules pigmentaires. I. L'arrangement de l'archiplasma dans les cellules pigmentaires des poissons osseux), par K.-W. ZIMMERMANN (*Archiv f. mik. Anat.*, *XLI*, 3, *p.* 367).

Dans toutes les cellules pigmentaires des poissons osseux, aussi bien dans celles à pigment brun et noir (mélanine) que dans celles à pigment jaune et rouge (lipochrome), l'archiplasma est très développé, plus que dans aucun autre élément des vertébrés. Les rayons archiplasmiques sont extrêmement nombreux, puisqu'à chaque série radiaire de pigment correspond une fibrille archiplasmique et que la quantité de substance contractile est, dans tout élément, en rapport avec l'énergie des contractions de celui-ci.

Ordinairement l'archiplasma se montre sous l'aspect typique de sphère attractive, c'est-à-dire sous l'aspect d'un amas dense, sphérique, de taille variable, de la périphérie duquel rayonnent dans toutes les directions des fibrilles archiplasmiques. Cependant il se présente parfois sous des formes complètement différentes. Chez *Sargus annularis*, l'amas archiplasmique central est allongé en un « bâtonnet central ». Chez *Blennius trigloides*, à la place d'un corpuscule central ou d'un bâtonnet central, on observe un réseau à larges mailles, bien délimité et plus ou moins étendu, un « réseau central », de la périphérie duquel partent les irridiations. Chez *Blennius* adulte, le réseau est réduit à un corps elliptique qui possède cependant encore une structure spéciale. Chez *Fierasfer acus*, l'archiplasme central est encore réticulé, mais le réseau est moins bien limité vis-à-vis du spongioplasme ambiant et à mailles plus étroites que chez *Blennius*. Il n'en part pas de radiations.

Ces faits permettent de modifier la proposition de van Beneden relative à la constance de la sphère attractive et de dire : Dans chaque cellule il existe une modification spéciale du protoplasma présidant à certains processus : l'archiplasme. Généralement, cet archiplasme se révèle sous la forme d'une sphère attractive typique, avec centrosome et irradiations, mais il peut se présenter dans des états tout à fait différents de ce type (cellules pigmentaires de certains poissons osseux).

Ceci ne veut pas dire que la sphère attractive ne soit pas la forme typique de l'archiplasme. On peut en effet considérer l'arrangement spécial de l'archiplasme dans les cellules pigmentaires comme une disposition secondaire. A. NICOLAS.

Die Nervenendigungen der Pigmentzellen (Les terminaisons nerveuses des cellules pigmentaires), par E. BALLOWITZ (*Zeitschr. f. wissensch. Zool.*, *LVI*, 4, *p.* 673).

Depuis longtemps déjà l'existence de connexions directes entre les

chromatophores et le système nerveux est considérée, de par les recherches physiologiques, comme certaine, mais la preuve anatomique n'en avait pas encore été fournie d'une façon tout à fait positive. L'auteur a réussi, en appliquant la méthode rapide de Golgi, à mettre en évidence ces relations et à découvrir des dispositions remarquables propres à éclairer la question générale de l'innervation des éléments cellulaires. Ses recherches qui concernent un grand nombre d'espèces de poissons osseux, particulièrement le brochet et la perche, ont porté de préférence sur des régions de la tête dépourvues d'écaille (lèvres, surface des maxillaires, régions infra-orbitaire et operculaire).

Après avoir rappelé la configuration des cellules pigmentaires à l'état d'expansion, leur tache centrale (sphère attractive de Solger) d'où rayonnent les traînées de granulations pigmentaires, leurs noyaux d'habitude au nombre de deux, Ballowitz décrit le trajet des troncs nerveux dans la peau.

Les troncs nerveux se ramifient dans le derme et fournissent de fins faisceaux, fréquemment unis entre eux, qui finalement donnent naissance à des réseaux à mailles larges et irrégulières. Ces réseaux sillonnent le tissu dans lequel sont logés les chromatophores et émettent les nerfs moteurs ou « colorateurs » destinés à ces éléments. Chaque chromatophore reçoit un nombre variable de fibrilles parfois si considérable qu'il est impossible de le déterminer. De plus il y a de grandes différences d'un élément à l'autre, ces éléments fussent-ils voisins. Tel chromatophore reçoit de nombreuses fibrilles tandis qu'un autre situé tout à côté de lui n'en reçoit qu'une ou deux. Un nerf peut, le long de son trajet, fournir successivement des rameaux à une série de cellules. Jamais l'auteur n'a vu d'éléments ganglionnaires ni sur le trajet des nerfs colorateurs ni à côté des cellules pigmentaires.

Les nerfs colorateurs abordent les chromatophores et se divisent dichotomiquement d'une façon compliquée, une partie des branches de ramification se plaçant sur l'une des faces, l'autre partie sur la face opposée du chromatophore. Il s'ensuit que chaque cellule pigmentaire se trouve logée entre deux plexus, chacun de ces plexus s'envoyant réciproquement des anastomoses par des fibrilles qui passent au travers du corps cellulaire. Ballowitz a pu se convaincre qu'il existe des anastomoses entre certaines fibrilles de ces ramifications terminales. Il y a donc un réseau partiel et les divisions dichotomiques sont en majorité. Les fibrilles se terminent toutes par des extrémités libres ; il n'y a pas de réseau terminal. L'ensemble de ces terminaisons en rapport avec chaque chromatophore constitue une véritable plaque nerveuse terminale.

Toutes ces dispositions que l'on peut constater quand les cellules pigmentaires sont en état d'expansion sont encore beaucoup plus nettes lorsqu'elles sont rétractées. Le pigment s'est alors ramassé autour de la sphère attractive et ne tend plus à masquer les fibrilles nerveuses. Il est alors possible de constater que celles-ci restent en relation avec la partie protoplasmique des prolongements du chromatophore, partie protoplasmique maintenant débarrassée des grains pigmentaires. Les fibrilles, selon toutes probabilités, sont en rapport intime avec le protoplasma, et même sont plongées dans son épaisseur, tout en restant indé-

pendantes de lui. Le noyau pas plus que la sphère attractive n'ont de rapport avec les terminaisons nerveuses. A. NICOLAS.

Oberhautpigment der Säugethiere (Le pigment de l'épiderme chez les mammifères), par KROMAYER (*Arch. f. mik. Anat. XLII*, 1, *p.* 1).

Le pigment qu'on rencontre dans l'épiderme à l'état normal en certaines régions, ou dans des cas pathologiques, est le résultat de la transformation directe des prolongements protoplasmiques des cellules épithéliales. Les éléments décrits sous le nom de chromatophores ne sont pas des éléments conjonctifs chargés de pigment et immigrés dans l'épiderme, ce sont tout simplement des figures formées par un ensemble irrégulier, plus ou moins continu, de traînées épithéliales pigmentées. Leur présence est l'indice du début de la pigmentation. La théorie d'après laquelle le pigment prendrait naissance dans le derme et serait ensuite transporté dans l'épiderme par des cellules ramifiées, les soi-disant chromatophores, n'a pas de fondement anatomique. A. NICOLAS.

Beitrag zur Mikrophysiologie der Schleimdrüsen (Contribution à la microphysiologie des glandes muqueuses) par M. SEIDENMANN (*Internat. Monatsschr. f. Anat. u. Physiol.*, *X*, *p.* 599, 1893).

L'auteur a étudié les glandes palatines et linguales (chien, chat, lapin, cobaye) ; les glandes sous-maxillaire et sublinguale (chien, chat) et la glande orbitaire (chien). Il les a examinées en dehors de toute influence expérimentale ou après excitation par injection de pilocarpine, de muscarine ou par l'électrisation de la corde du tympan.

A la suite d'une augmentation considérable de la sécrétion de toutes les glandes muqueuses, par suite de l'emploi d'un de ces moyens, la mucine est excrétée d'une façon plus ou moins complète. L'aspect microscopique des tubes glandulaires est alors notablement modifié et présente les plus grandes analogies avec celui des glandes séreuses ou albumineuses. Il ne s'en distingue que par les dimensions plus considérables de la lumière des tubes. Jamais on n'observe d'indices d'une destruction de cellules glandulaires et les mitoses ne sont pas plus abondantes. En somme, toutes les transformations s'expliquent simplement par la disparition du mucus accumulé dans les cellules pendant la période d'inactivité.

Relativement aux cellules de bordure (croissants de Giannuzzi) on peut dire ceci : Dans les glandes normales (non excitées) des muqueuses (palais et langue) ces éléments sont tellement rares que l'auteur n'en a jamais vu ; de même dans la glande orbitaire du chien. Dans la sous-maxillaire ils sont clairsemés. Enfin dans la sublingale ils sont constants et très abondants. Certains tubes glandulaires en sont exclusivement tapissés. Il ne paraît pas douteux que ces cellules soient des éléments glandulaires dépourvus de mucus, refoulés vers la périphérie du tube par les éléments voisins gorgés de mucus. Lorsque la glande, après une excitation prolongée, rentre au repos, les cellules de bordure accumulent dans leur intérieur de la mucine et si on l'examine alors on ne trouve plus ces éléments.

L'auteur se trouve donc tout à fait d'accord avec Stöhr sur la signifi-

cation des croissants de Giannuzzi. Il admet qu'après s'être vidées, ces cellules peuvent se remplir de nouveau.

Les glandes fortement excitées par l'injection de pilocarpine ne reprennent leur aspect primitif, de l'état de repos, qu'après un temps assez long. Dès le deuxième jour qui suit l'expérience on peut constater dans les cellules la réaction de la mucine, d'ailleurs peu abondante, mais c'est seulement au troisième ou au quatrième jour que les tubes glandulaires montrent l'aspect originel. Alors la mucine est très abondante et les cellules de bordure ont à peu près complètement disparu.

A. NICOLAS.

Sui nervi della tiroide, par C. SACERDOTTI (*Atti della R. Accad. delle scienze di Torino, XXIX*, 1893).

Les nerfs pénètrent dans la glande thyroïde sous forme de faisceaux de volume variable qui accompagnent les vaisseaux et abandonnent à ceux-ci, chemin faisant, des fibres, lesquelles s'agencent en plexus périvasculaires. Après s'être divisés, les faisceaux nerveux se réduisent à des fibrilles isolées qui se ramifient dans le conjonctif inter-vésiculaire et forment un réseau délicat correspondant à la distribution du conjonctif intra-glandulaire et des capillaires sanguins.

Outre ces fibres il existe, notamment dans la thyroïde du chien, de nombreuses cellules ganglionnaires de dimensions variées et de formes irrégulières. Ces cellules émettent des prolongements (2 à 5) longs, régulièrement calibrés et peu ramifiés, qui s'entrecroisent avec les fibrilles nerveuses. Il est difficile de dire si un seul d'entre eux est spécifique ou si tous sont de nature nerveuse.

Les glandules thyroïdiennes renferment également des filets nerveux (chien, brebis) qui s'y distribuent comme dans la glande principale.

L'auteur a employé pour ses recherches la méthode de Golgi qu'il a modifiée, sur les indications de Golgi lui-même, le procédé habituel ne lui donnant que de mauvais résultats, de la façon suivante : les pièces peuvent séjourner 3 à 4 semaines et plus dans le mélange osmio-bichromique, elles sont ensuite lavées dans une solution demi-saturée d'acétate de cuivre jusqu'à ce qu'il ne se forme plus de précipité. On les porte alors de nouveau dans la solution osmio-bichromique dans laquelle elles peuvent rester 5 à 6 jours et plus, avant d'être immergées dans la solution de nitrate d'argent. A. NICOLAS.

Sur la fine organisation des glandes peptiques des mammifères, par C. GOLGI (*Arch. ital. de biol., XIX*, p. 348, *et R. Conti della Soc. med.-chir. di Pavia*, 25 *février* 1893).

L'auteur a employé les diverses méthodes : action successive du bichromate de potasse et du nitrate d'argent, — ou emploi du mélange osmio-bichromique, puis du nitrate, — ou enfin passage des pièces du bichromate, dans le mélange osmio-bichromique puis dans le nitrate.

Le fait principal qu'il a observé consiste dans l'existence d'un réseau d'une extrême finesse et de nature vraisemblablement canaliculaire qui revêt les différentes cellules delomorphes (pariétales) des glandes peptiques. Ce réseau aboutit à 2 ou 3 canalicules qui se réunissent enfin en un

canalicule unique qui se jette à angle droit dans le canal central de la glande. Le réseau n'est pas seulement superficiel, il intéresse le corps cellulaire tout entier, sauf la zone qui entoure immédiatement le noyau. Chez les animaux jeunes il y a plusieurs canaux faisant communiquer le réseau avec le canal central. Le réseau est développé au maximum pendant l'état de digestion ; au minimum pendant le jeûne. Ces faits expliqueraient les particularités observées par Stöhr, Trinkler, Noschmer Montané, relativement à la forme pyramidale des cellules pariétales et au prolongement apical qui s'insinue entre les cellules adélomorphes. L'activité sécrétoire spécifique des glandes peptiques réside donc dans les cellules pariétales de Heidenhain. DASTRE.

Ueber ramificirte Darmzotten (Villosités intestinales ramifiées), par B. RAWITZ (*Anat. Anz.*, *IX*, 7, 214).

Dans l'intestin (jéjunum) d'un *macacus cynomolgus*, l'auteur a découvert des villosités hérissées sur toute leur surface de villosités secondaires formées comme d'ordinaire par un axe conjonctif revêtu d'éléments épithéliaux. A côté de ces villosités ramifiées il y en avait d'autres, plus petites, qui présentaient la configuration habituelle. C'est là, d'après l'auteur, une particularité anatomique que personne n'a encore signalée.

A. NICOLAS.

Sur les ganglions et plexus nerveux de l'intestin, par RAMON Y CAJAL (*Soc. de biol.*, 30 *décembre* 1893).

Les *ganglions du grand sympathique vertébral* comprennent les ganglions du plexus cœliaque, du plexus hypogastrique, l'ophtalmique, le sphéno-palatin, les ganglions du cœur. Leurs cellules offrent des expansions protoplasmiques terminées dans le ganglion même et le prolongement cylindraxile ou fibre de Remak, qui sort du ganglion et constitue la commissure longitudinale sympathique et les ramicommunicantes. — Une seconde catégorie est formée par les *ganglions viscéraux proprement dits :* plexus d'Auerbach et de Meissner de la vessie et de l'œsophage. Enfin il y a des petits ganglions monocellulaires dans l'épaisseur des villosités ou des interstices du tissu glandulaire : ce sont les *ganglions interstitiels*. Les ganglions viscéraux sont constitués par des cellules multipolaires dont les expansions, après s'être ramifiées plusieurs fois, passent dans les plexus terminés aux fibres musculaires lisses ou aux cellules glandulaires. Tout ganglion possède aussi des fibres de passage qui se continuent peut-être dans le grand sympathique vertébral, et des collatérales se terminant entre les cellules nerveuses. Toute glande et peut-être tout groupe, si petit soit-il, de fibres lisses contient des cellules nerveuses interstitielles dont les expansions renforcent le plexus formés par les ganglions viscéraux et les fibres du sympathique vertébral. Tout chiasma représente non seulement un point d'entrecroisement, mais encore un point de bifurcation pour quelques fibres nerveuses de passage et pour des expansions des cellules ganglionnaires viscérales. Il n'existe d'anastomoses ni entre les cellules des ganglions viscéraux, ni entre les fibres de passage, ni entre les col-

latérales. Il en est probablement de même pour les cellules interstitielles.

DASTRE.

Ueber die sogenannte Verdoppelung der oberen und unteren Hohlvene (Sur le prétendu dédoublement des veines caves supérieure et inférieure), par Amandus **PANGRATZ** (*Inaug.-Dissert. Königsberg*, 1894).

L'auteur décrit un cas de dédoublement des veines caves inférieure et supérieure : 4 troncs veineux s'ouvraient isolément dans l'oreillette droite. Puis, dans une série de paragraphes, il rassemble les observations : 1° de dédoublement de la veine cave supérieure ; 2° de dédoublement partiel de la veine cave inférieure ; 3° d'abouchement isolé dans l'oreillette droite de deux troncs veineux (veine cave inférieure et veine sus-hépatique) en plus de la cave supérieure ; 4° de dédoublement concomitant des deux caves. Ce dernier cas est très rare, l'auteur n'en connaît qu'un seul (Kadyi), auquel s'ajoute celui qu'il vient de décrire.

Les données embryologiques permettent d'expliquer ces diverses malformations. Dans le cas présent il ne s'agit pas, en réalité, d'un dédoublement des veines caves. L'anomalie résulte, pour ce qui concerne les deux troncs supérieurs, de l'abouchement isolé des deux troncs brachio-céphaliques dans l'oreillette droite, c'est-à-dire de la persistance de la veine jugulaire et du conduit de Cuvier gauches. Quant aux deux troncs inférieurs, l'un est la veine cave inférieure, l'autre est le tronc sus-hépatique qui, chez l'embryon, s'ouvre dans l'oreillette droite et ne débouche que secondairement dans la cave inférieure. Il s'agit donc dans les deux cas d'un arrêt de développement. A. NICOLAS.

An anomalous external iliac artery; autopsy report, par **THORNDIKE** (*Boston med. and surg. Journal*, 5 *octobre* 1893).

Un homme de 48 ans, brightique, entre en janvier 1893 au Carney Hospital à Boston. A l'examen on aperçoit dans chaque aine de larges pulsations donnant au doigt l'idée d'une artère battant immédiatement sous la peau. Mort. L'autopsie révèle qu'il s'agissait, de chaque côté, d'une artère iliaque exceptionnellement volumineuse passant sur le ligament de Poupart juste sous la peau et le fascia superficialis. Dans le triangle de Scarpa les artères iliaques externes reprenaient leurs positions normales respectives. CART.

Des aponévroses de la paume de la main, par **F. LEGUEU** et **E. JUVARA** (*Bull. Soc. anat. Paris*, *mai* 1892).

Les auteurs ont repris l'étude des aponévroses de la main et examinant successivement les divers faisceaux fibreux et les ligaments superficiels, profonds et les gaines fibreuses, ils arrivent à cette conclusion que le système fibreux de la main forme un tout continu ; les différents plans sont réunis par des fibres antéro-postérieures qui assurent leur solidité ; des fibres transversales déterminent et maintiennent la concavité du creux palmaire. Le ligament transverse profond maintient la fixité des métacarpiens. C'est le plus résistant des ligaments.

L'aponévrose palmaire forme donc un complément du système osseux et les détails descriptifs de L. et J. confirment, en les complétant, les données acquises depuis Maslieurat-Lagémard et Grapow. A. C.

Ueber die Structur des Pleuroperitoneal und Gefässepithels (Endothels), par A. KOLOSSOW (*Archiv f. mik. Anat., XLII*, 2, *p.* 318).

Les cellules de l'endothélium pleuro-péritonéal sont constituées de deux parties différentes : l'une superficielle, plaque recouvrante, qui a l'apparence d'une mince lamelle homogène, et l'autre profonde, protoplasmique, finement grenue, dans laquelle est logé le noyau. Ces deux parties sont intimement unies et forment un tout, une individualité cellulaire. Chaque plaque recouvrante se juxtapose simplement par ses bords avec les bords de la plaque des éléments voisins, tandis que la zone protoplasmique profonde entre en connexion avec le protoplasma des cellules similaires adjacentes par des ponts intercellulaires. Il existe donc dans les intervalles des cellules endothéliales des espaces interstitiels fermés du côté de la surface, grâce à la juxtaposition des plaques recouvrantes et du côté de la profondeur par le tissu sous-endothélial. Les ponts intercellulaires sillonnent ces interstices, tendus d'une cellule à l'autre. Ils sont plus ou moins longs, selon que les espaces sont plus ou moins larges ; tantôt ils sont rectilignes, tantôt onduleux. Chez certains animaux (axolotl, salamandre) et en certaines régions ils sont richement ramifiés et forment un véritable réticulum intercellulaire.

La distinction des deux zones des cellules endothéliales n'est pas également facile chez toutes les espèces et dans toutes les régions. Il y a, selon les cas, des différences que l'auteur signale.

Les éléments endothéliaux se multiplient par karyokinèse, sans perdre à aucun moment, pendant les diverses phases du processus, leurs connexions avec les cellules environnantes. Les cellules-filles se trouvent donc, dès le début, réunies à leurs voisines par les ponts protoplasmiques et, la cytodiérèse ne se faisant pas complètement, sauf au niveau de la plaque recouvrante, restent également unies entre elles par des prolongements de leur corps protoplasmique. Lorsque les animaux ont atteint leur développement complet, il n'y a plus de multiplication cellulaire. Les amas de petits éléments endothéliaux protoplasmiques, considérés par certains auteurs comme des centres de régénération, n'ont pas cette signification.

Une particularité intéressante est l'existence en maints endroits sur les cellules de l'épithélium pleuro-péritonéal, chez les mammifères, de courts cils très délicats qui recouvrent leur surface libre et cela aussi bien chez l'adulte que chez l'embryon. Cette bordure de cils fait défaut chez les oiseaux, les reptiles, les poissons et les amphibiens (sauf l'axolotl).

Tous ces caractères permettent de considérer le revêtement cellulaire de la séreuse pleuro-péritonéale comme un épithélium véritable (aux points de vue morphologique et génétique) et non comme un endothélium. C'est là un des premiers points que l'auteur s'était proposé d'éclaircir. Les éléments de cet épithélium ne sont pas soudés entre eux par un ciment, mais sont en rapport comme les autres cellules épithéliales par des ponts protoplasmiques. Les orifices décrits sous les noms de stigmates et de stomates résultent de l'écartement en certains endroits et sous certaines influences des plaques recouvrantes, juxtaposées et

unies à l'état normal par les ponts anastomotiques sous-jacents. Il n'y a nulle part au travers du revêtement pleuro-péritonéal d'orifices préformés. La cavité de la séreuse n'est pas en communication avec le système lymphatique et doit être considérée comme une formation tout à fait indépendante de lui. Le passage de particules solides du péritoine dans les lymphatiques est un phénomène en partie pathologique.

L'endothélium des vaisseaux lymphatiques et sanguins, dérivé on le sait du parablaste tandis que l'épithélium pleuro-péritonéal est d'origine archiblastique, présente des caractères structuraux tout à fait analogues à ceux de ce dernier. Seulement ses éléments sont nus au lieu de porter à leur surface une bordure de cils. Leurs connexions sont réalisées de la même manière par des ponts anastomotiques tendus entre la zone profonde protoplasmique des cellules. On est autorisé à regarder ces éléments dits endothéliaux comme réellement épithéliaux au même titre que les dérivés archiblastiques. Il n'existe pas non plus d'orifices préformés entre les cellules de l'épithélium vasculaire ; cependant, grâce à la structure de ces cellules, grâce à leur mode de relations, il peut se produire entre elles, même à l'état physiologique, de petites ouvertures.

A. NICOLAS.

Développement des fibres élastiques dans l'épiglotte et dans le ligament cervical, par G. LOISEL (*Soc. de biol.*, 29 *juillet* 1893).

En résumé, dans le ligament cervical, comme dans l'épiglotte, les cellules qui composent primitivement ces organes se changent peu à peu en fibrilles, tandis que leur noyau tend à disparaître. En disant que le cartilage réticulé est primitivement un cartilage hyalin, on néglige de parler de ces premiers stades. DASTRE.

Unsere Truppen in körperlicher Beziehung (Nos troupes au point de vue corporel), par HASSE et DEHNER (*Archiv f. Anat. u. Physiologie ; Anat. Abth*, *p.* 249-256, 1893).

Les auteurs ont pratiqué sur un grand nombre de soldats (5,141) appartenant à diverses armes une série de mensurations. Ils ont déterminé la longueur et les différences de longueur du bras et de la jambe, la longueur du corps, les variations de ces mesures et leurs moyennes ; puis les variations de la circonférence thoracique pendant l'inspiration et l'expiration ; celles de la musculature de la jambe et enfin celles du poids total. Plusieurs conclusions, intéressantes au point de vue de l'étude de la configuration extérieure et des proportions du corps humain, découlent de ces observations.

Dans la majorité des cas, les membres inférieurs, pas plus que les membres supérieurs n'ont la même longueur. Habituellement la jambe gauche est plus longue que la droite. Au contraire, le bras droit est plus long que le gauche, du moins chez les droitiers, car chez les gauchers c'est l'inverse qui s'observe. Ces différences de longueur des bras semblent donc résulter d'une hypertrophie fonctionnelle.

A une plus grande longueur de la jambe gauche correspond une scoliose droite, à une plus grande longueur de la jambe droite une scoliose gauche.

L'écart entre les longueurs des jambes est en moyenne de 1 centimètre et peut atteindre 2 centimètres. Celui entre les longueurs des bras est également en moyenne de 1 centimètre, mais peut atteindre 3 centimètres.

La part que prennent respectivement la cuisse et la jambe (proprement dite) à ces différences varie. L'excès de longueur porte tantôt sur l'une, tantôt sur l'autre, le plus souvent sur les deux à la fois.

Les sujets de grande taille ont, en moyenne, des jambes relativement plus longues et un tronc plus court ; c'est l'inverse chez les hommes de petite taille.

Après avoir rapporté les variations que subissent les diverses mesures signalées au début de cette analyse les auteurs établissent par des chiffres moyens, le canon des proportions du corps, chez l'homme jeune et bien portant.

Une dernière conclusion est que les sujets bien bâtis, les *beaux hommes*, cuirassiers et hussards, sont de préférence scoliotiques à gauche (par conséquent ont la jambe droite plus longue que la gauche) tandis que c'est le contraire chez les autres. La cause de cette différence est tout à fait obscure. A. NICOLAS.

PHYSIOLOGIE.

Inhibition due à l'excitation électrique simultanée d'un nerf en deux points de la longueur, par A. CHARPENTIER (*Soc. de biologie*, 27 *mai* 1893).

Deux fils excitateurs reliés au même pôle et amenant par conséquent le courant au même instant en deux points différents d'un nerf moteur (chez la grenouille) gênent mutuellement leur action, et cela d'autant plus qu'ils sont plus éloignés. Les deux excitations simultanées et égales produisent l'une sur l'autre un certain degré d'inhibition qui augmente avec leur distance. Il s'agit d'un fait physiologique et non d'une question d'effet physique, de densité, intensité, fréquence, car les deux mêmes excitations portées transversalement sur le nerf produisent sensiblement le même effet qu'une seule. DASTRE.

Ueber die Abhängigkeit der Gliedervenen von motorischen Nerven (Influence des nerfs moteurs sur les veines des membres), par W.-H. THOMPSON (*Archiv. für Physiol., p.* 102, 1893).

Le calibre des veines du membre inférieur du chien diminue lorsque l'on excite le bout périphérique du nerf sciatique : le cours du sang était arrêté dans le membre par ligature de l'aorte. Même résultat chez le lapin ; même résultat pour les veines de la paroi abdominale qui se rétrécissent par l'excitation électrique de la moelle cervicale. L'auteur a

mesuré la pression dans la veine cave inférieure pendant l'excitation des nerfs; il y eut tantôt augmentation, tantôt diminution de pression.

L'excitation du crural paraît également pouvoir produire le rétrécissement des veines de la patte. LÉON FREDERICQ.

Der trophische Einfluss der Sympathicusganglien auf die Muskeln (Action trophique des ganglions du grand sympathique sur les muscles), par Justus **GAULE** (*Centralbl. f. Physiol., VII, p.* 197, 1893).

L'extirpation *incomplète* du ganglion cervical inférieur provoque chez le lapin, au bout de fort peu de temps, des altérations nutritives dans le biceps brachial et dans le psoas : formation d'ulcères musculaires avec infiltration sanguine ou séreuse, déchirure des fibres musculaires et contraction des fibres déchirées. L'extirpation *incomplète* du premier ganglion thoracique a probablement une action analogue sur les muscles triceps et semi-membraneux.

Ces altérations musculaires dépendent non de la suppression de la fonction des parties extirpées, mais de la lésion des portions conservées des ganglions (portion adjacente au *Ramus communicans*). Les cellules nerveuses actives sont reliées au psoas par le rameau de communication, avec le biceps par le cordon inférieur qui va au ganglion thoracique. Le ganglion spinal, la racine postérieure, la moelle épinière et les voies centrifuges croisées et directes servent de voie à cette influence exercée par le ganglion cervical. LÉON FREDERICQ.

Note sur les modifications produites par l'excitation électrique dans les cellules nerveuses des ganglions lymphatiques, par **M. LAMBERT** (*Soc. de biol.*, 4 *novembre* 1893).

L'auteur excite l'un des cordons sympathiques du lapin et du jeune chat, tandis que l'autre reste intact; il fixe ensuite par la liqueur de Flemming et colore par la safranine violet-orange B. Il semble que l'excitation des cellules ganglionnaires du sympathique y produise un déplacement de noyau et des granulations vers la périphérie. DASTRE.

Courants alternatifs de haute tension produits à l'aide de machines électrostatiques, par **LEDUC** (*Soc. de biologie*, 8 *juillet* 1893).

On suspend par son armature interne une bouteille de Leyde à chacun des pôles de la machine électro-statique et l'on réunit les armatures externes par un circuit de grande résistance. Les variations de potentiel, vibrations électriques des conducteurs de la machine et des armatures internes se transmettent aux armatures externes et se faisant en sens inverse déterminent la production d'un courant alternatif. Celui-ci excite les nerfs sensitifs et moteurs, et son action est très localisée.

Parmi les faits curieux observés par l'auteur, il faut citer la contraction par induction à distance à l'aide des courants développés eux-mêmes par induction dans le corps humain. DASTRE.

Ueber die Einwirkung der Muskelthätigkeit auf die Athmung und die Herzthätigkeit (Influence de l'activité musculaire sur la respiration et le fonctionnement du cœur), par J.-E. JOHANSSON (*Skandin. Archiv. f. Physiol., V, p.* 20, 1893).

A priori on peut songer à rapporter l'accélération des pulsations du cœur qui se montre lors du travail musculaire volontaire aux quatre facteurs suivants : 1° Association fonctionnelle du centre cardiaque de la moelle allongée avec les centres moteurs (ou respiratoires); 2° Action réflexe ayant pour point de départ l'excitation de nerfs sensibles; 3° Action chimique des produits de désassimilation dus à la contraction musculaire ; 4° Action des changements des conditions mécaniques de la circulation. Le facteur 4 est de peu d'importance.

L'accélération des pulsations très marquée dans les mouvements volontaires exécutés par l'animal, n'a plus qu'une valeur médiocre, si les mouvements sont provoqués artificiellement dans l'arrière-train, après section de la moelle lombaire, ce qui montre le peu d'importance du facteur 3. L'accélération dépend donc principalement des facteurs 1 et 2. Antérieurement l'auteur a montré le peu d'importance du facteur 2. En procédant par exclusion il reste donc surtout le facteur 1 : excitation par association, du centre accélérateur du cœur.

L'accélération des mouvements respiratoires, au contraire, doit être attribuée pour la plus grande partie à des influences qui s'exercent sur ces centres respiratoires, alors que les connexions de ces centres avec les muscles ont été supprimées (section de la moelle lombaire, tétanisation des muscles des extrémités). Il s'agit donc surtout du facteur 3 d'ordre chimique, c'est-à-dire d'une action excitante exercée par les produits de la désassimilation musculaire sur les centres respiratoires.

LÉON FREDERICQ.

La courbe cardiovolumétrique dans les changements de position, par E. CAVAZZANI (*Arch. ital. de biol., XIX, p.* 394, *et Giorn. della R. Accad. di med. di Torino, XLI*, 4).

On introduit une canule dans le péricarde en l'y assujettissant solidement : elle communique avec un tambour qui inscrit les oscillations du volume du cœur. L'animal était curarisé et la respiration artificielle pratiquée. On donnait à l'animal des positions diverses. Le passage de la position horizontale à la position verticale avec la tête en haut modifie notablement la courbe cardiovolumétrique et démontre la gêne du cœur, l'affaiblissement de la systole, l'abolition de l'influence des vagues. La position verticale avec tête en bas est moins pertubatrice. Les causes des modifications sont la pesanteur, l'abaissement de la pression, la diminution de l'excitation des centres des vagues. DASTRE.

Ueber die Ernährung des Säugethierherzens (Sur la nutrition du cœur des mammifères), par R. TIGERSTEDT (*Skandin. Archiv. für Physiol., V, p.* 71, 1893).

L'auteur constate que l'on peut chez le chien, tout comme chez le

lapin, interrompre l'afflux du sang vers les ventricules pendant un temps assez long (3 minutes) au moyen d'une pince spéciale, comprimant la région du sillon auriculo-ventriculaire, sans tuer le cœur et sans compromettre son fonctionnement après suppression de la compression. Même résultat si la compression des oreillettes est combinée avec une hémorragie artérielle produite par la section des carotides, ou si la suppression de la circulation cardiaque est provoquée par la compression du cœur (pression exercée sur la cavité du péricarde). Le cœur du chien supporte donc pendant plusieurs minutes une anémie complète. La mort du cœur du chien observée par Cohnheim et d'autres, moins de 2 minutes, après la ligature d'une branche des artères coronaires, ne peut donc être rapportée à la simple anémie d'une portion du cœur : l'arrêt et le délire du cœur sont probablement dus, dans ces expériences, à une influence nerveuse. LÉON FREDERICQ.

I. — Modifications dans le nombre des leucocytes du sang après injection de diverses substances, par HERICOURT et Ch. RICHET (*Soc. de biol.*, 2 *décembre* 1893).

II. — Observations sur la communication précédente, par MALASSEZ (*Ibidem*).

I. — Werigo (1892) a montré qu'après injection de substances pulvérulentes inertes ou de microbes, les leucocytes disparaissaient du sang. A un chien attaché, on fait une section à l'oreille, on recueille le sang, on y recherche le rapport des globules blancs et rouges. En moyenne, on trouve 1/3 0/0. On injecte dans les veines de 1 à 5 centimètres cubes de la solution alcoolique d'essence de térébenthine à 20 0/0. On voit le nombre des leucocytes diminuer ; au bout de 10 minutes il est 6 fois moindre ; au bout d'une heure il est revenu au taux normal.

II. — Suivant l'auteur les proportions de 1/250 et 1/300 trouvées par Ch. Richet ne sont pas normales. On trouve régulièrement de 1/500 à 1/1200. De plus, il faut évaluer non seulement le nombre relatif des globules blancs, mais encore le nombre absolu. Malassez et Vignal ont constaté des variations du nombre des globules blancs dans des cas analogues, et même à la suite d'injections sous-cutanées ou de simple ouverture de l'abdomen. DASTRE.

Die physiologische Kochsalzlösung und die Volumsbestimmung der Körperlichen Elemente im Blute (La solution physiologique et la détermination du volume des éléments figurés du sang), par H. HAMBURGER (*Centralbl. f. Physiologie, VII, p.* 161, 1893).

M. et L. Bleibtreu ont décrit une méthode permettant de déterminer le volume des globules sanguins et qui consiste à mélanger du sang défibriné en différentes proportions avec de la solution physiologique (chlorure de sodium à six pour mille), à attendre le dépôt des globules et à doser l'azote dans le liquide clair surnageant.

L'auteur montre que la solution physiologique bonne pour le sang de grenouille n'est nullement indifférente lorsqu'il s'agit du sang des mammifères. Si l'on veut avoir une solution ayant le même pouvoir attractif pour l'eau que le sérum de bœuf ou de cheval, il faut prendre une

solution à 9 0/0 de chlorure de sodium. En outre la solution physiologique altère la proportion des substances solides, et notamment des substances albuminoïdes qui existent respectivement dans les globules et dans le sérum. LÉON FREDERICQ.

Influence des injections de sucre dans le sang sur l'échange respiratoire, par Vaughan HARLEY (*Arch. ital. de biol., XIX, p.* 351, *et Atti della R. Accad. dei Lincei, II,* 21 *mai* 1893).

Après l'injection de sucre de raisin dans les veines, il y a augmentation de la fréquence respiratoire, le sang devient plus aqueux, et la pression sanguine augmente même après que l'injection est terminée. Si les uretères sont liés on observe en outre des crampes musculaires et un état comateux si la quantité s'élève à 6 et 8 grammes par kilog. du poids du corps. Lorsqu'ensuite on délie les uretères, le sucre ne se retrouve point dans les urines. L'étude des gaz respirés montre alors que le quotient respiratoire est augmenté. L'injection simple d'eau salée physiologique augmente aussi le quotient respiratoire par suite de diminution d'oxygène et d'augmentation de CO ? Mais cet effet se limite aux trois premières heures, tandis que le précédent est plus tardif. DASTRE.

Ricerche sulla ventilazione polmonare..... (Recherches sur la ventilation pulmonaire dans l'enfance), par BRILLO LORENZO (*Lo Sperimentale, Mem. originali, p.* 218, 1893).

La quantité d'air respirée toutes les 5 minutes par les enfants de 3 à 12 ans, oscille entre 47 litres 30 et 30 litres ; en moyenne 30 lit., 75. De même que chez les adolescents la respiration est plus active que chez les adultes, ainsi, les enfants, par rapport à leur taille, ont une ventilation d'autant plus grande qu'ils sont moins âgés. La différence avec l'adulte est surtout notable. Pour un même âge la ventilation pulmonaire n'est pas en rapport avec le poids, la stature et la circonférence thoracique. Après le repas, la ventilation est plus active qu'à jeun.

C. LUZET.

Sur l'oxygène du sang artériel dans les variations de la capacité respiratoire, par E. MEYER et G. BIARNÈS (*Soc. de biol.,* 29 *juillet* 1893).

La quantité moyenne de l'O du sang artériel du chien est 17 0/0 ; la plus grande quantité 25 0/0. La différence correspond à de l'hémoglobine disponible. Les auteurs diminuent la capacité respiratoire du sang en pratiquant de copieuses saignées, en faisant respirer de l'air oxycarboné. On voit alors diminuer la différence entre la quantité actuelle et le maximum d'O ; leur rapport qui est 0,75 à 0,76 devient 0,85 à 0,90. — L'animal utilise donc mieux son hémoglobine qui était précédemment disponible. C'est donc une réserve qui joue le rôle d'un mécanisme régulateur de l'apport d'oxygène aux tissus. DASTRE.

Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Bronchospasmus der Neugeborenen (Sur la doctrine du spasme bronchique des nouveau-nés, par Émile BERGGRUEN · (*Centralbl. f. Physiol.*, *VII*, *p.* 129).

Bohr n'était pas parvenu à constater la contraction des petites bronches en pratiquant l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique chez les mammifères nouveau-nés. L'auteur montre que l'expérience réussit chez les chiens nouveau-nés, comme chez les adultes, à condition que la curarisation des sujets en expérience ne soit pas poussée trop loin. Il pratique la respiration artificielle par insufflations et enregistre les excursions du diaphragme, il constate que les excursions diminuent d'amplitude et peuvent même disparaître complètement pendant l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique. Le spasme bronchique peut donc aller ici jusqu'à l'occlusion complète. LÉON FREDERICQ.

Die Quelle der thierischen Wärme (La source de la chaleur animale), par H. RUBNER (*Zeits. f. Biologie*, *XXX*, *p.* 73, 1893).

Introduction historique intéressante. Description d'un calorimètre à air à compensation. Dosage des excreta et des ingesta, solides, liquides ou gazeux et de la chaleur produite tant chez le chien à jeun que chez le chien nourri. Il y a équivalence complète (à moins de 1 0/0 près) entre la chaleur produite par l'animal et mesurée au calorimètre et la chaleur de combustion des aliments brûlés dans le corps de l'animal. Les aliments constituent donc l'unique source de la chaleur animale, leur calorique de combustion peut être calculé aux moyens des expériences de l'auteur.

LÉON FREDERICQ.

Influence des injections intra-veineuses de sang artériel sur la température, par ROGER (*Soc. de biol.*, 29 *décembre* 1893).

Le sang artériel renferme une substance hypothermisante qui s'élimine par le rein et passe dans l'urine d'où elle peut être précipitée par l'alcool ; cette substance est détruite par la chaleur. Le sang artériel renferme une substance qui n'influence pas la température, mais donne naissance à une matière thermogène quand on pratique la défibrination ou qu'on laisse se produire la coagulation spontanée. L'urine contient une substance analogue. Le rein élimine la substance hypothermisante du sang, il sécrète une substance hypothermisante dont le sang ne renferme que les éléments originels. DASTRE.

I. — Sur le mécanisme de la thermogenèse et principalement sur le rôle de la veine porte, par R. DUBOIS (*Soc. de biol.*, 20 *janvier* 1893).

II. — Influence de l'eau contenue dans l'organisme de l'hibernant, sur les phénomènes de la thermogenèse, par Raphael DUBOIS (*Ibid.*, 27 *janvier* 1893).

I. — La ligature de la veine porte près du foie, comme l'extirpation des ganglions semi-lunaires empêchent le réchauffement automatique de la marmotte, en empêchant l'irrigation abondante de l'organe hépatique et son hydratation, puis l'hydratation des tissus eux-mêmes,

facteurs important de la calorification. La déshydratation du sang, des tissus et surtout du foie joue un grand rôle dans la torpeur hibernale.

II. — Chez la marmotte endormie les sangs artériel et veineux sont plus pauvres encore que chez la marmotte éveillée. L'eau qui est contenue dans l'intestin (estomac et cæcum), ou dans la lymphe du péritoine passe, au réveil, dans le sang et inversement. L'injection de sérum artificiel peut relever la température de l'animal. DASTRE.

Les modifications de l'échange matériel dans le travail musculaire, par R. ODDI et L. TARULLI (*Arch. ital. de biol., XIX, p.* 384, *et Boll. della R. Accad. di Roma, XIX,* 2).

Hoffmann, en alternant un jour d'exercice musculaire avec un jour de repos, et examinant les urines, n'a trouvé aucun rapport entre le mouvement et l'élimination de la créatinine. Grocco est arrivé à un résultat inverse. Tarulli répétant ces expériences trouve que l'un et l'autre observateur ont raison dans les conditions où ils se sont placés.

En réalité, la créatinine conserve avec l'azote total un rapport presque constant. Les causes qui influencent la production et l'élimination de l'urée agissent aussi sur la quantité de créatinine émise. Le travail musculaire habituel ou normal, n'altère pas sensiblement l'élimination de l'azote et, par conséquent, n'augmente pas la consommation des substances azotées de l'organisme ; 2° Quand le travail musculaire est intense au point d'épuiser la provision du glycogène emmagasiné dans l'organisme ou des substances hydrocaburées introduites par l'alimentation, il produit une augmentation dans l'élimination de l'azote total, et, par conséquent, dans la consommation des substances azotées. L'augmentation est plus grande encore quand le travail est intense au point de produire la dyspnée. On observe un rapport constant entre l'azote total et l'urée durant le travail et le repos ; et un rapport identique entre la créatinine et l'azote total, et entre la créatinine et l'urée. Dans les jours de travail intense il y a augmentation d'acidité de l'urine, spécialement dans les heures de repos qui succèdent au travail. DASTRE.

Note sur la contraction musculaire physiologique, par P. RICHER (*Soc. de biol.*, 27 *janvier* 1893).

L'auteur distingue trois sortes de contractions : la contraction statique, la contraction dynamique, la contraction frénatrice, la première qui maintient une position donnée du membre, la seconde qui accomplit un travail mécanique, la troisième qui retarde la chute du membre entraîné par la pesanteur. Cette dernière est d'un usage très fréquent ; elle siège dans les muscles dont l'action est antagoniste du mouvement exécuté ; elle a les mêmes apparences que la contraction dynamique, mais le muscle présente des contractions fibrillaires plus marquées, son allure est plus saccadée. DASTRE.

Ein Beitrag zur Resorption durch die Blutgefässe (Résorption par les vaisseaux sanguins), par Léon ASHER (*Zeitschr. f. Biol., XXIX, p.* 247, 1893).

L'auteur ampute chez un chien ou un lapin, l'extrémité inférieure en conservant seulement l'artère de la veine crurale dans leurs rapports

avec le corps de l'animal; puis il injecte sous la peau ou introduit goutte à goutte dans une plaie béante de la patte ainsi préparée, une solution d'iodure de sodium. L'iode se retrouve au bout de peu de temps dans le sang et dans l'urine de l'animal, ce qui prouve l'absorption de l'iodure par les vaisseaux sanguins.

Dans une seconde série d'expériences, la patte fut laissée en place de manière à ne pas entraver la circulation lymphatique; les vaisseaux sanguins furent isolés du reste du corps par des ligatures et l'on pratiqua à travers la patte une circulation artificielle de sang de bœuf ou de chien. Ici aussi, l'iodure de sodium déposé à la surface d'une plaie de la peau se retrouva dans le sang de la circulation artificielle.

L'iodure se retrouva également dans le sang veineux revenant de la glande sous-maxillaire, après injection sous pression de solution d'iodure dans le canal excréteur de la glande.

Il est donc établi qu'une substance analogue à celles qui se trouvent normalement dans le sang, peut être résorbée par les vaisseaux sanguins. (Les anciennes expériences de Magendie étaient passibles de l'objection qu'il s'agissait de poisons ou de corps tout à fait étrangers à l'organisme). Cela est d'autant plus remarquable que si l'on injecte de l'iodure de sodium directement dans le sang du chien, cet iodure se retrouve au bout d'un certain temps en plus forte proportion dans la lymphe du canal thoracique que dans le sang.

Le passage de l'iodure à travers les parois des vaisseaux ne se fait donc pas conformément aux lois de la diffusion physique. LÉON FREDERICQ.

Untersuchungen über die Lymphbildung, insbesondere bei Muskelarbeit (Recherches sur la formation de la lymphe principalement sous l'influence du travail musculaire), par H.-J. HAMBURGER (*Zeitschr. f. Biol.*, *XXX*, *p.* 143, 1893).

1° — La lymphe qui s'écoule par une fistule du canal thoracique du cheval n'a pas une composition constante: elle devient de jour en jour plus aqueuse. Pendant la nuit la lymphe est plus riche en matériaux solides, ce qui provient de la diminution des échanges nutritifs.

2° — Pendant un repas, la quantité de lymphe peut tripler ou quadrupler. Cette lymphe de repas diffère considérablement de la lymphe de repos et varie aussi aux différents moments du repas.

3° — Le travail musculaire de la marche qui diminue la pression sanguine, quadruple ou quintuple la quantité de lymphe qui s'écoule. Cette lymphe de travail est différente de celle du repos.

4° — Même lorsque l'augmentation de la lymphe coïncide avec une élévation de la pression sanguine, on ne peut cependant établir entre les deux phénomènes une relation de cause à effet, car la composition quantitative de la lymphe ne dépend nullement de celle du sérum.

5° — La lymphe normale présente une tension osmotique beaucoup plus forte que le sérum correspondant.

6° — La lymphe continue à s'écouler par la fistule sous forme de liquide clair, pendant au moins un quart d'heure après la mort de l'animal.

7° — Tous ces faits contredisent la théorie de la formation de la

lymphe par simple filtration mécanique. Ils s'expliquent, au contraire, si l'on admet l'intervention active de l'endothélium épithélial sur la production de la lymphe. LÉON FREDERICQ.

Sur le rapport fonctionnel entre la rate et la thyroïde, par L. ZANDA (*Arch. ital. de biol., XIX, p*, 432, *et Lo Sperimentale, XLVII*, 1893).

Schiff croyait que la thyroïde fournit une substance nécessaire à la nutrition des centres nerveux ; Colzi (1884) a soutenu qu'elle enlevait au sang une substance délétère pour ce système. L'auteur fait une transfusion à l'animal thyroïdectonisé et en proie aux accidents et voit disparaître les phénomènes graves pour un ou deux jours ; après quoi les phénomènes se renouvelaient et disparaissaient de la même manière. En second lieu, on enlève la rate à un chien ; puis, au bout d'un mois, la thyroïde. Sur 10 fois, l'auteur aurait obtenu 8 fois l'immunité contre la cachexie strumiprive. Le principe toxique, cause de la cachexie strumiprive, qui agit sur le système nerveux central, est un produit d'échange matériel qui est cédé au sang par la rate. La fonction de la thyroïde consiste probablement à neutraliser ce principe toxique. DASTRE.

Noch einmal die Parotis des Schafes (Encore la parotide du mouton), par C. ECKHARD (*Centralbl. für Physiol., VII, p.* 365, 1893).

Moussu a montré que l'excitation d'une branche du nerf buccal du trijumeau augmente la sécrétion de la glande parotide chez les ruminants. L'auteur confirme le fait pour le mouton. Il constate également que le carmin d'indigo que l'on injecte dans les vaisseaux ne passe pas dans le produit de sécrétion de la parotide. Il constate que la section du nerf buccal combinée avec celle du grand sympathique cervical et avec l'extirpation du ganglion cervical supérieur n'a pas d'influence sur la sécrétion normale de la glande, sécrétion qui est continue. Schwann a montré antérieurement que le facial, le glosso-pharyngien et l'auriculo-temporal n'avaient pas d'action sur cette sécrétion continue. L'auteur est conduit à admettre que la sécrétion continue de la parotide du mouton est due à des causes d'excitation siégeant dans la glande même.

LÉON FREDERICQ.

Action de l'acide lactique sur le chimisme stomacal, par A. GILBERT et S.-A. DOMINICI (*Soc. de biol.*, 22 *décembre* 1893).

L'acide lactique à haute dose (8 grammes) n'occasionne pas l'indigestion gastrique. Il entrave le travail chimique de l'estomac au point de l'annihiler tout d'abord ; puis il lui permet de l'effectuer lentement, de telle sorte qu'il soit en trois heures au point où le conduit en une heure le processus physiologique, puis enfin de s'achever. L'acide lactique permet de réaliser une véritable *bradypepsie*. DASTRE.

Fernere Untersuchungen über das Auftreten der Kohlensäure im Magen (Nouvelles recherches sur l'apparition de l'acide carbonique dans l'estomac), par N.-H. SCHIERBECK (*Skandin. Archiv. f. Physiol., V, p.* 1, 1893).

L'auteur a montré précédemment que la tension de CO^2 dans le contenu

gazeux de l'estomac est relativement faible chez le chien à jeun, qu'elle s'élève rapidement pendant la digestion et peut alors atteindre un maximum à valeur élevée (130 à 140 milimètres de mercure), il a constaté que ce CO^2 est exhalé par la muqueuse stomacale.

L'empoisonnement par la nicotine fait disparaître cet excès de CO^2 et fait descendre la tension de ce gaz à des valeurs analogues à celles de l'inanition. La pilocarpine dans certains cas produisit pendant l'inanition une sécrétion de CO^2 analogue à celle des périodes de digestion. La section des pneumogastriques n'empêche pas la production de CO^2.

LÉON FREDERICQ.

Ueber den Verbrauch an stickstoffhaltingen Substanzen in verschiedenen Organen der Thiere (Sur la consommation des substances azotées dans les divers organes des animaux), par K. TOMINAGA (*Centralbl. f. Physiol., VII, p.* 381, 1893).

L'inanition diminue très inégalement la proportion de substances azotées des différents organes chez les différents animaux. Chez le rat la perte est pour la rate de 98,48 0/0 ; estomac et intestin, 59,44 ; muscles, 35,98 ; cœur, 18,01 ; cerveau, 11,79 ; foie, 9,69 ; reins, 3,48 ; os, 0,03 ; chez le lapin : rate, 67,06 ; foie, 57,60 ; cerveau, 29,13 ; estomac et intestin, 26,80 ; poumon, 26,65 ; cœur, 22,74 ; rein, 24,80 ; muscles, 18,59 0/0. L'auteur admet que cette diminution dépend de l'activité de la destruction des substances azotées dans les différents organes : il n'admet pas la liquéfaction des organes qui, d'après Voit, doit servir à nourrir le cœur et le système nerveux central.

LÉON FREDERICQ.

Les processus d'oxydation chez les animaux à jeun, par A. PUGLIESE (*Arch. ital. de biol. XIX, p.* 364 *et* 402, *et Atti della R. Accad. dei fis., V, p.* 95 *et* 127).

On a étudié l'oxydation du phénol chez les animaux nourris (Schaffer, 1878 ; Tauber, 1878 ; Jonge, 1879; Auerbach, 1879 ; I. Munk, (1881). Nencki et Sieber en 1883 ont étendu ces recherches aux animaux à jeun et conclu que le jeûne et la nutrition insuffisante influent très peu sur la quantité de benzol oxydée en phénol. L'auteur a repris ce dernier point, et est arrivé aux conclusions suivantes : 1° Les chiens à jeun oxydent en proportion moindre que les chiens nourris l'acide phénique qui leur est administré à doses moyennes ou élevées. 2° Dans les derniers jours de l'inanition, l'oxydation du phénol augmente un peu comparativement à ce qui a lieu dans les périodes précédentes du jeûne. 3° Les petites doses de phénol ne sont pas soumises, chez les chiens tenus en abstinence, à une complète oxydation, tandis que, chez les chiens alimentés, elles sont oxydées complètement.

L'âne présente des phénomènes évidents d'empoisonuement pour des doses relativement petites de phénol. La quantité de phénol oxydée n'atteignit jamais 50 0/0 durant l'alimentation, excepté dans les cas où la dose administrée fut très petite. L'élimination complète de l'acide phénique non oxydé se fit, dans la période d'alimentation, constamment dans les 24 heures qui succèdent à l'ingestion. Chez l'âne, le pouvoir d'oxyder

le phénol s'abaissa par suite de l'inanition. L'oxydation de l'acide phénique augmenta, chez l'âne à jeun, par l'action de l'acide chlorhydrique et diminua par l'action du carbonate de soude. DASTRE.

Effets de la piqûre du plancher du quatrième ventricule chez les animaux rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas, par HEDON (*Soc. de biol.*, 13 *janvier* 1894).

L'extirpation préalable du pancréas n'empêche pas la piqûre du bulbe de produire son effet habituel. Il en est de même que l'action de la phoridzine (Minkowski).

Cette action se produit par une forte augmentation de l'hyperglycémie et de la glycosurie déjà existantes. Il peut arriver que l'hyperglycémie soit faible et la glycosurie considérable. DASTRE.

I. — Rate et pancréas, par A. HERZEN (*Soc. de biol.*, 29 *juillet* 1893).

II. — Digestion pancréatique; à propos de la note précédente, par A. DASTRE (*Ibid.*).

I. — A propos des observations de Dastre et de Carvallo et Pachon sur l'activité du pancréas à jeun, Herzen insiste sur ce point que les infusions de pancréas d'animaux normaux en pleine digestion sont les plus actives, celles d'animaux à jeun moins actives, en ce qu'elles digèrent tardivement et lentement au début. De même pour les animaux dératés. Si l'on ajoute de l'infusion de rate congestionnée ou du sang splénique veineux de rate congestionnée, les infusions deviennent actives. Il y aurait alors dans la rate une substance inconnue transformant en trypsine le proferment pancréatique.

II. — L'auteur affirme que, chez les animaux inanitiés, la puissance digestive des macérations pancréatiques relativement à la fibrine ne paraît pas sensiblement altérée. La puissance digestive relativement aux amylacés est considérablement atténuée et peut même être entièrement détruite. Il ne semble donc pas que dans l'inanition il y ait simplement manque de transformation d'un proferment. DASTRE.

L'action du nerf vague sur le rein, par VANNI (*Rivista clin. e terap.*, *n°* 11, *p.* 561, 1893).

Arthaud et Butte sont arrivés à cette conclusion que le nerf vague exerce sur le rein une action sécrétoire (inhibitrice), vasomotrice (vaso-constrictive) et trophique. Les expériences entreprises par Vanni ne lui ont pas donné des résultats absolument concordants avec ceux des auteurs précédents. Vanni a bien constaté que la sécrétion rénale diminue, puis s'arrête après l'excitation du pneumogastrique, mais il croit qu'il ne s'agit pas d'un phénomène d'inhibition; l'arrêt de la sécrétion serait dû à l'abaissement considérable de la pression artérielle. Il nie également l'action trophique, car il n'a pas retrouvé les lésions épithéliales et conjonctives constatées sur les reins, à la suite d'une névrite expérimentale du vague, par Arthaud et Butte. Enfin si Vanni a pu reproduire l'albuminurie en déterminant cette névrite, il n'a jamais constaté de glycosurie. Cette albuminurie n'est pas d'origine nerveuse; elle dépend d'une paralysie des nerfs vasculaires vaso-constricteurs. G. LYON.

Effets de la réfrigération de la peau sur la sécrétion urinaire, par C. DELEZENNE (*Soc. de biol.*, 20 *janvier* 1894).

Dans trente-deux expériences exécutées sur le chien, la réfrigération du tégument, loin de produire une augmentation de la sécrétion de l'urine, ainsi qu'on le croit généralement, donne constamment une diminution très sensible de cette sécrétion. C'est au moment où la pression artérielle atteint son maximum que la sécrétion est moins active.

DASTRE.

Zur Lehre vom Gleichgewichtsorgan (Sur l'organe de l'équilibre), par Alois KREIDL (*Centralbl. f. Physiol.*, *VII*, *p.* 165).

On sait que le passage du courant électrique à travers la tête, produit chez l'homme normal des mouvements typiques des yeux et de la tête (vertige galvanique). Ce vertige galvanique fait défaut chez un certain nombre de sourds-muets; l'auteur admet avec Polak que ces sourds-muets présentent des altérations de l'appareil vestibulaire dans lequel la théorie de Breuer-Mach localise le sens de l'équilibre ou sens statique-

L'auteur a rencontré un individu parfaitement sain, nullement sourd-muet, et chez lequel l'organe de l'équilibre est probablement altéré. Le vertige galvanique fait défaut chez ce sujet, qui d'ailleurs est réfractaire au vertige de la balançoire et n'éprouve pas sur le carrousel tournant les illusions ordinaires concernant la direction de la verticale. Il éprouve beaucoup de difficulté à se tenir sur une jambe les yeux fermés.

LÉON FREDERICQ.

Un point de la physiologie de l'étrier, par GELLÉ (*Soc. de biol.*, 21 *octobre* 1893).

Au moyen d'une poire à air, adaptée au méat auditif, on comprime d'un coup léger et sec, l'air du conduit; la pression se propage du tympan par la chaîne des osselets, à la base de l'étrier, qui se porte en masse en dedans vers le labyrinthe. (Politzer). Or, dans ce cas, le son solidien (diapason vibrant sur le crâne) est atténué brusquement pour renaître aussitôt après que la pression a cessé. — L'augmentation de pression se fait sentir sur le labyrinthe membraneux, dont la vibration est entravée. DASTRE.

Absorption cutanée, par S. FUBINI et P. PIERINI (*Arch. ital. de biol.*, *XIX*, 2).

Après un historique des opinions contradictoires émises sur ce sujet, les auteurs en viennent à leurs propres expériences avec l'acide salicylique, le ferrocyanure de potassium à 3 0/0, le santonate de sodium à 2 0/0, le salicylate de soude à 5 0/0, l'iodure de potassium à 5 0/0, etc., dans lesquels on tient les membres plongés pendant plusieurs heures, sans friction. La conclusion c'est que la peau saine n'absorbe pas les substances fixes. DASTRE.

Ueber das Resorptionsvermögen..... (Pouvoir de résorption de la peau humaine normale), par DU MESNIL (*Deut. Arch. f. klin. Med., LII, p.* 47, 1893).

Les expériences faites avec la térébenthine, le copahu, l'iode et le chloroforme en vapeurs lui ont montré que la peau humaine était impénétrable à ces vapeurs et qu'il ne se produisait une résorption constatable que lorsque les couches les plus superficielles de l'épiderme avaient été le siège d'une lésion ou d'une solution de continuité. Il pense qu'il en est de même pour les autres gaz.

Si les médicaments sont appliqués sur la peau enrobés dans des corps gras, il se fait au contraire une résorption notable, même pour des corps non irritants; mais à la condition expresse que des frictions énergiques soient exercées pour produire la lésion superficielle de l'épiderme, qui seule permet le passage des médicaments. La couche cornée de l'épiderme est donc, tant qu'elle est saine, une excellente protection, pour l'organisme, contre les substances extérieures et elle ne se laisse franchir que quand elle a été dissociée, soit par une action chimique, soit par une action mécanique, telle que le frottement. C. LUZET.

Influence de la lumière blanche et de la lumière colorée sur l'incubation des œufs de poule, par Ch. FÉRÉ (*C. R. de la Soc. de biol., 15 juillet* 1893).

Ces expériences tendent à montrer que la lumière blanche est plus favorable au développement que la lumière orangée, rouge ou violette. Il n'est pas prouvé que la lumière blanche soit plus défavorable au développement que l'obscurité, sauf peut-être tout à fait au début de l'incubation. Quant aux anomalies et à la mort qui survient chez les embryons avancés, on peut l'attribuer à l'immobilité des œufs. La lumière paraît influer sur la direction de l'embryon qui présente des déviations plus fréquentes quand l'œuf est éclairé par le côté où ne doit pas se trouver la tête de l'embryon.

L'éthérisation préalable produit un retard de développement: les anomalies sont plus fréquentes, mais elles n'ont rien de spécifique.

DASTRE.

Recherches sur la fécondation et la gestation des mammifères, par J. ONANOFF (*C. R. de la Soc. de biol., 8 juillet* 1893).

Des ovules de lapine, pris dans l'utérus, peuvent être fécondés sur une lame de verre et leur développement va jusqu'au stade de 8 sphères de segmentation en dehors de l'animal; dans la cavité abdominale il va jusqu'à l'apparition de la ligne primitive, que ce soit la cavité abdominale d'un mâle ou d'une femelle, ou même d'un animal d'autre espèce. On peut obtenir des gestations extra utérines en enlevant les trompes à des femelles qu'on remet ensuite avec le mâle ou auxquelles on injecte du sperme dans la cavité abdominale. DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

La pepsine de commerce comparée au suc gastrique normal, par P.-N. KONOWALOFF (*Thèse de St-Pétersbourg*, 1893).

Kon. a employé 13 espèces de pepsine de commerce et n'a pas trouvé une seule satisfaisante. Le suc gastrique normal donne, après ébullition ou après neutralisation avec la potasse, un dépôt abondant de ferment; ce dépôt est insignifiant dans la pepsine de commerce. Le suc gastrique ne subit la putréfaction que difficilement; la pepsine en solution à 2 0/0 entre aisément en putréfaction, malgré sa richesse en acide. Le suc gastrique est le plus actif en présence de HCl à 0,2 0/0; la pepsine de commerce exige pour être active la présence de 1 0/0 de HCl. La force digestive de la pepsine de commerce est très faible, car aucun échantillon pris à la dose de 0,10 centigrammes n'a pu digérer, en 4 heures, à la température de 38-40° C., 10 grammes d'œuf cuit et trituré dans 100 grammes d'une solution de HCl à 0,25 0/0. Le liquide provenant d'une digestion normale est pur, limpide, incolore, inodore et filtre rapidement; celui provenant de la digestion avec la pepsine artificielle est louche, jaunâtre, a une odeur désagréable et filtre lentement. Le suc gastrique peptonise l'albumine, la pepsine de commerce n'en peptonise qu'une partie. La pepsine de commerce ne contient que 0,25 0/0 — 0,90 0/0 de ferment, les autres 99 0/0 se composent d'albumine et de corps inutiles. Pour être efficace, la pepsine de commerce devrait être ingérée à des doses élevées qui présenteraient d'autre part certains dangers, comme, par exemple, la formation de la peptotoxine de Brieger. L'auteur conseille de remplacer la pepsine par le suc gastrique des chiens vivants, recueilli par le procédé de J.-P. Pawlow. H. FRENKEL.

La recherche des produits de digestion dans les liquides gastriques; sa valeur séméiologique, par G. LINOSSIER (*Lyon méd.*, 4 *janvier* 1894).

D'une série d'analyses et d'expériences, L. conclut que la recherche des produits définitifs de la digestion dans l'estomac (peptones, sucres) n'a aucune valeur au point de vue de l'évaluation de l'activité du suc gastrique ou du travail digestif de l'estomac. Elle en a une très réelle pour l'appréciation de la faculté éliminatrice de l'estomac, c'est-à-dire de la faculté plus ou moins grande avec laquelle l'estomac élimine, soit par absorption, soit par évacuation duodénale, les produits de la digestion. Elle peut permettre de dépister une tendance à la stase, qui ne se traduit par aucun des symptômes habituels.

La recherche des produits intermédiaires de la digestion (syntonines, propeptones, dextrine) ne présente momentanément, et jusqu'à ce que des recherches nouvelles aient permis d'interpréter avec plus de rigueur leurs variations, qu'un intérêt des plus médiocres. A. C.

Ueber den Nachweis des Blutes in dem Magen-und dem Darminhalt, par H. WEBER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 19, *p.* 441, 8 *mai* 1893).

Pour déceler la présence d'une faible quantité de sang dans le contenu de l'estomac ou de l'intestin, Weber préconise le procédé suivant :

Triturer un échantillon des matières suspectes avec de l'eau additionnée au tiers d'acide acétique concentré; agiter ensuite avec de l'éther. Laisser clarifier cet extrait d'éther acidifié, puis en décanter quelques centimètres cubes qu'on remplace par dix gouttes de teinture de gaïac et vingt à trente gouttes de térébenthine.

Si le mélange contient du sang, il devient bleu violet, sinon brun rougeâtre ou verdâtre.

La teinte bleue que le sang confère à la teinture de gaïac en présence de térébenthine tient à l'hématine. Comme c'est précisément sur cette réaction qu'est basée l'épreuve de Van Deenr, il fallait s'assurer que le procédé combiné de Weber ne présentait pas les mêmes causes d'erreur, dues à certains aliments et médicaments. Or Weber a reconnu que ni les végétaux, ni le lait, ni la bile, ni la salive, ni le pus, ni les 67 médicaments du Codex examinés, ne donnent cette réaction dans l'extrait éthéré acidulé des matières fécales. Il n'y a que la viande saignante et les boudins qui fassent exception.

Ce procédé combiné est plus sensible que la spectroscopie. Il s'applique aussi bien à la recherche du sang dans les vomissements, dans les crachats et dans les urines.

Dans un tube à expérience, on additionne l'urine d'un peu d'acide acétique concentré et on l'agite doucement avec quelques centimètres cubes d'éther. Si l'éther ne se sépare pas assez vite, il suffit de quelques gouttes d'alcool pour obtenir un extrait transparent. Quand l'éther reste incolore, c'est que l'urine ne renferme pas de sang. Quand il se colore en brun rouge, cela prouve la présence du sang. Quand il prend une teinte jaune ou brun jaune, cela peut tenir à la présence d'hydrobilirubine, mais alors la réaction par le gaïac térébenthiné jugera la question. J. B.

Reducirende Substanz aus dem Globulin des Blutserums (Substance réductrice provenant de la globuline du sérum sanguin), par K.-A.-H. MOERNER (*Centralbl. f. Physiol.*, *VII*, *p.* 581, 1893).

La paraglobuline soumise à l'ébullition en présence d'acide chlorhydrique dilué, fournit une substance qui réduit le sulfate de cuivre en solution alcaline. La solution peut laisser déposer des cristaux d'une substance qui fond à 170°. Par l'action de l'eau surchauffée, la paraglobuline fournit une substance gommeuse, azotée, non réductrice, qui par l'acide chlorhydrique dilué se transforme en partie en une substance réductrice et fournit également les cristaux fondant à 170°.

LÉON FREDERICQ.

Dosages comparatifs de l'urée dans le sang artériel de la circulatio générale par KAUFMANN (*Soc. de biol.*, 3 *février* 1894).

L'auteur compare le sang artériel au sang veineux. (Jugulaire ou fémorale du chien, maxillo-musculaire du cheval) et trouve des différen-

ces insignifiantes ou nulles (0 à 6 milligrammes par 100 grammes de sang). C'est le même résultat obtenu par Gschleiden, Gréhant et Quinquaud. Il tient à ce que la production d'urée est trop faible pour devenir appréciable par la méthode de dosage usitée : la différence des échantillons recueillis ne peut dépasser des centièmes de milligrammes.

DASTRE.

Procédé permettant d'obtenir des cristaux d'oxyhémoglobine, par M. ARTHUS et A. HUBER (*Soc. de biol.*, 2 *décembre* 1893).

On reçoit dans le fluorure de sodium à 2 0/0 un égal volume de sang artériel de chien : il se sépare en deux couches, les globules surnagés par le plasma qui se colore au bout de 5 à 10 jours dans ses parties inférieures. Les couches inférieures des globules montrent un feutrage d'aiguilles cristallines brillantes, ayant jusqu'à 4 millimètres de longueur sur 1/30 de millimètre de largeur. C'est de l'oxyhémoglobine. — La cristallisation est plus rapide avec 1 à 5 dix-millièmes d'acide chlorhydrique. Elle est aussi beaucoup plus rapide (24 heures à 48 heures) à 40°.

De même le sang de cheval fournit des cristaux visibles à l'œil nu ; le sang de chat et de cobaye de même. Les cristaux sont très gros et très nets. DASTRE.

Sur le taux de l'urée dans l'urine chez les sujets atteints de cancers viscéraux, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (*Bull. Soc. chir.*, *XIX*, *p.* 495).

Quelques auteurs admettent (Voy. *R. S. M.*, XXV, 436) que les lésions cancéreuses amènent une diminution telle du taux de l'urée qu'on peut en déduire le diagnostic de la lésion. L.-C. a procédé chez près de 800 malades à l'examen des urines, et au dosage des différents matériaux. Il constata d'abord que le taux de l'urée normale a été exagéré ; il varie comme extrêmes de 14 à 25 grammes.

Au point de vue pathologique, la diminution du taux de l'urée se rencontre chez les cancéreux, mais non chez tous ; elle est plus frappante dans les cancers viscéraux et avec les progrès de la cachexie. Cette diminution de l'urée n'est, du reste, pas spéciale au cancer ; on la rencontre dans certains autres états maladifs, l'hystérie, les tumeurs bénignes de l'ovaire, etc. Cet état particulier, dans ces lésions ovariques, peut donner l'indice de la déchéance organique de la malade et fournir un utile renseignement au point de vue de l'intervention.

Après les opérations, on constate une augmentation de l'excrétion d'urée, alors même qu'il n'y avait pas d'abaissement antérieur ; cette augmentation dure quelques jours et l'excrétion reprend un taux normal. L.-C. pense qu'elle est due à l'excitation du traumatisme, à la résorption du sang, de la sérosité et des éléments anatomiques. Il n'y a donc pas lieu de suralimenter les opérés et l'examen des urines, à cette époque, fait comprendre l'utilité de la diète et des purgations. A. C.

Ueber Microorganismen im Urin gesunder Menschen, par HOFMEISTER (*Fortsch. der Med.*, *XI*, 16 *et* 17, *p.* 637 *et* 689).

L'urine d'hommes sains fraîchement recueillie contient toujours de

grandes quantités de microorganismes ; par conséquent l'examen bactériologique de l'urine dans les maladies n'a de valeur que lorsqu'on y constate un microbe pathogène connu (il faut cependant tenir compte de ce qu'on trouve le staphylocoque dans l'urine des individus sains), ou bien un autre microbe bien caractérisé et non identique avec les nombreux colons de l'urètre sain. Les germes de l'urètre diminuent de nombre à mesure que l'on considère des régions plus profondes. Les diplocoques de l'urètre normal n'ont pas d'importance au sujet de la cystite, car ils ne sont pas pathogènes et ne peuvent végéter sans que l'urine contienne une substance albuminoïde qui leur serve d'aliment, ce qui ne se produit qu'à la suite d'une longue fermentation ammoniacale. Il faut noter que le proteus d'Hauser ne se trouve jamais dans l'urine fraîche d'individus bien portants, ce qui a une importance pratique considérable, car ce proteus, d'après Schnitzler, peut à lui seul provoquer la cystite entre deux mictions, sans qu'il y ait de rétention d'urine. C. LUZET.

Sur la densité de l'urine chez les enfants et sur sa teneur en acide urique libre, par A.-A. KISEL (*Vratch*, nos 36-37, 1893).

L'auteur a examiné les urines chez 262 enfants au point de vue qualitatif et a fait des dosages d'acide urique chez 38 enfants (71 dosages). Sur les 262 enfants, 104 présentaient des affections fébriles, 158 étaient bien portants ou n'avaient pas de fièvre. La densité des urines infantiles varie dans de larges limites et il n'est pas rare de voir une densité dépassant 1025 chez des enfants bien portants. Le dépôt d'acide urique libre cristallisé s'observe aussi bien chez des enfants sains que chez des enfants atteints de différentes affections. La présence des cristaux uriques dans l'urine est indépendante de la fermentation acide des urines, car elle s'observe dans les urines fraîches. La teneur des urines en acide urique a varié entre 0,06 centigrammes et 0,78 centigrammes par litre et entre 0,03 centigrammes et 0,54 centigrammes par 24 heures. La réaction des urines contenant un dépôt d'acide urique est fortement acide. Dans aucun cas, il n'y a eu de troubles de miction. A l'état pathologique, on observe la présence de cristaux d'acide urique le plus souvent chez des enfants atteints de coqueluche (10 cas). L'état général n'a aucune influence sur la présence des cristaux d'acide urique. La lithiase urinaire chez les enfants est due le plus souvent à l'acide urique. H. FRENKEL.

Untersuchungen des Urins auf Indican tuberculoser und nicht tuberculoser Kinder, par FAHM (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, n° 18, *p.* 628, 15 *septembre* 1893).

Fahm a pratiqué 557 examens d'urine de 15 enfants atteints de tuberculose des os ou des parties molles ; il a trouvé une augmentation de la proportion d'indican dans 61,1 0/0 des cas et une proportion normale dans 38,9 0/0. Mais il n'y a aucun rapport constant entre la gravité ou l'étendue des lésions et l'accroissement de la quantité d'indican.

D'autre part, il a fait 295 examens d'urine chez 14 enfants atteints de maladies les plus diverses ; dans 40 0/0 des cas la quantité d'indican était

excessive et dans 60 0/0 elle était normale ; soit des rapports exactement inverses de ceux des enfants tuberculeux. J. B.

Sur quelques pigments de certaines urines et spécialement de l'hématoporphyrine et de l'uroérythrine, par L. ZOJA (*Arch. ital. de biol.*, *XIX*, *p.* 425, *et Arch. ital. di clin. med.*, *XXXII*, 1893).

L'uroérythrine colore en rouge brique le sédiment d'urates. On précipite les urates par le froid ; on les lave à l'eau glacée ; on les sèche ; on les lave à l'alcool, à l'éther ; on dissout dans l'eau chaude et on extrait par l'alcool amylique. Cette substance se rencontre dans l'urine à la suite de désordres diététiques. L'hématoporphyrine est-elle un pigment de progrès, sert-elle à produire l'hémoglobine, ou est-elle un produit de décomposition du pigment sanguin? La question de la dérivation de l'urobiline des urines a été récemment rouverte ; on doit distinguer plusieurs formes d'urobiline et d'urobilinurie. DASTRE.

La tossicità delle orine in alcuni casi di anemia, ricerche clinici e sperimentali, par L. PICCINI et A. CONTI (*Il Morgagni*, *p.* 457, *août* 1893).

Dans 10 cas d'anémie dont les causes sont très insuffisament déterminées, les auteurs ont trouvé un coefficient urotoxique très variable d'un cas à l'autre, mais toujours supérieur à celui déterminé par Bouchard. Après l'amélioration ou la guérison de l'anémie, la toxicité de l'urine était supérieure à celle observée pendant la période d'activité de l'anémie. Il n'y avait aucun rapport entre le coefficient urotoxique et le nombre des globules rouges. Aucune des substances recherchées quantitativement ou qualitativement dans les urines (urée, acide phosphorique, albumine, peptone, acétone, indican) n'était en rapport avec la plus ou moins grande élévation du coefficient urotoxique.

GEORGES THIBIERGE.

Ein Versuch den Harn zu diagnostischen Zwecken mit Methylenblau zu färben (Coloration de l'urine par le bleu de méthylène), par R. KUTNER (*Deutsche med. Wochens.*, *n°* 48, *p.* 1086, 1892).

L'auteur a pensé que le diagnostic cystoscopique serait facilité par la coloration de l'urine. Il a utilisé le bleu de méthylène.

Une dose de 10 centigrammes de bleu de méthylène colore l'urine, non pas en bleu mais en vert, et cela au bout d'une heure ; la coloration s'accentue au bout de 2 ou 3 heures ; elle dure plus ou moins suivant la dose ingérée. L'auteur pense que cette coloration verte n'est pas due au mélange du bleu avec le pigment urinaire puisqu'elle se produit même lorsqu'on a rempli la vessie d'eau boriquée ; le bleu de méthylène n'est pas éliminé à l'état de base susceptible de se transformer sous l'influence de l'oxygène de l'air, mais simplement à l'état de matière colorante.

Lorsqu'on vise avec le cystoscope l'embouchure des uretères, on voit poindre l'urine colorée ; pour que l'exploration soit favorisée par une teinte foncée, il faut que le sujet ait ingéré au moins 30 ou 40 centigrammes de bleu de méthylène.

Le fond de la vessie se colore en vert ; le bleu de méthylène conserve

donc, après son passage dans les reins, la faculté de colorer les tissus vivants. L. GALLIARD.

Ricerche sulle ptomaine nelle nevrosi accessuali, par E. CHIARUTTINI (*Riforma medica, p.* 687, 700 *et* 710, 10, 12 *et* 13 *juin* 1893).

Les alcaloïdes des urines, dans les névroses avec accès, présentent des différences quantitatives suivant que les urines sont émises à peu de distance ou à grande distance des accès : ils sont toujours moins abondants à une certaine distance des accès qu'à leur proximité ou pendant leur durée; ces oscillations sont encore bien plus prononcées pour les alcaloïdes contenus dans le sang. Dans les cas où les accès plus ou moins passagers sont permanents et presque uniformes, les alcaloïdes ne présentent que des oscillations quantitatives beaucoup moins considérables et leurs proportions sont beaucoup plus élevées que dans les urines des sujets qui présentent des accès. Lorsqu'on injecte ces alcaloïdes à des animaux, on produit une augmentation de fréquence et une irrégularité des mouvements respiratoires, une augmentation des battements du cœur, de la sécrétion urinaire, des contractions intestinales, des convulsions et des paralysies, parfois des accès subits et spontanés de convulsions et, quand la dose est suffisante pour déterminer la mort, celle-ci se produit généralement dans une attaque de convulsions toniques. GEORGES THIBIERGE.

On the occurence of sugar in the urine during the puerperal state (De la présence du sucre dans l'urine dans l'état puerpéral), par J. Mc CANN e W.-A. TURNER (*Transact. of the obst. soc. of London*, *XXXIV*, 4).

Les auteurs de ce mémoire ont fait porter leurs recherches sur 100 cas, et ils sont arrivés aux résultats suivants : le sucre existe dans l'urine des femmes pendant la lactation. Ce sucre, qu'on admet avec Hofmeister être de la lactose, peut aussi s'observer sous forme de glucose.

La présence du sucre est surtout manifeste entre le quatrième et le cinquième jour des suites de couches.

Sa quantité dépend du développement des seins, de la quantité et de la qualité du lait, de la manière dont l'enfant tette. Cette quantité a été évaluée en moyenne à 35 0/0.

Quand l'allaitement diminue ou cesse, le sucre diminue ou disparaît.

Quand la production et l'excrétion du lait sont égales, la quantité de sucre est très petite. CH. MAYGRIER.

Propriété vaso-dilatatrice des urines des tuberculeux, par CHARRIN et LENOIR (*Soc. de biologie*, 22 *juillet* 1893).

Les urines sont évaporées, reprises par l'alcool, évaporées de nouveau et, les extraits redissous dans l'eau. La partie insoluble dans l'alcool contient une substance vaso-dilatatrice à action énergique. Les auteurs considèrent comme vraisemblable que les bacilles tuberculeux secrètent dans l'économie animale comme dans les cultures une même substance,

éliminable par le rein et exerçant une action dilatatrice sur les vaisseaux.

DASTRE.

Sulla tossicità dell' urina dei lebbrosi, par V. FISICHELLA (*La Riforma medica*, *p.* 350 *et* 364, 5 *et* 7 *août* 1893).

Les urines des sujets atteints de lèpre tuberculeuse sont plus toxiques que celles des sujets sains; leur degré de toxicité est en rapport direct avec la gravité et la durée de la maladie. La succession des symptômes morbides provoqués par l'injection chez les animaux est celle que l'on observe ordinairement avec les urines normales; cependant avec les urines lépreuses il y a prédominance des phénomènes convulsifs et de l'hypothermie.

Il est impossible de déterminer la quantité d'urine lépreuse nécessaire pour tuer un kilogramme d'animal à cause des divers degrés d'extension de la maladie et de la variabilité de la sensibilité individuelle des lapins. Avec le traitement, la toxicité de l'urine diminue pour revenir à la normale.

GEORGES THIBIERGE.

Sur la teneur des urines en acides éthéro-sulfuriques dans les maladies du foie, par I.-Z. HOPADZE (*Vratch*, *n*os 48-50, 1893).

Dans la cirrhose atrophique et dans les cancers du foie, la quantité absolue et relative des acides éthéro-sulfuriques dans l'urine est augmentée. Cette augmentation est peu considérable au début de la cirrhose et devient de plus en plus manifeste dans les stades avancés. Elle est due au catarrhe gastrique concomittant, ainsi qu'à la stase de la circulation porte. Dans le cancer du foie, l'augmentation des acides éthéro-sulfuriques s'accentue au fur et à mesure des progrès des lésions et de la cachexie.

Dans la cirrhose hypertrophique (biliaire), la quantité relative des acides éthéro-sulfuriques est normale ou diminuée, la teneur absolue est normale. Ici la circulation porte n'est pas troublée et la digestion intestinale est normale. Dans les cirrhoses mixtes, la quantité absolue et relative des acides éthéro-sulfuriques sont légèrement augmentées.

A côté des troubles digestifs, il faut incriminer le défaut de destruction des principes toxiques par le foie, comme cause d'augmentation des acides éthéro-sulfuriques dans les affections qui frappent la cellule hépatique.

Ce travail est basé sur de nombreuses analyses chimiques faites dans 10 cas cliniques.

H. FRENKEL.

Contribution à l'étude de l'indicanurie chez les enfants, par LIAUBITZA DJOURITCH (*Thèse de Paris*, 1893).

L'indican, dérivé de l'indol, existe à l'état normal dans l'urine, mais en si petite quantité qu'on peut considérer l'indicanurie comme un phénomène pathologique. L'auteur a employé le procédé suivant : elle mélange en parties égales l'urine et l'acide chlorhydrique, l'agite, puis y verse du chloroforme ; s'il y a de l'indican, le mélange devient violet. L'indicanurie se rencontre dans les maladies du tube digestif, aiguës ou chroni-

ques, dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, le chorée grave, la diphtérie. Elle est constante dans la tuberculose, même lorsqu'il n'y a pas de troubles digestifs. H.-L.

Indolreaction, par Osc. LIEBREICH (*Berlin. klin. Woch.*, n° 31, p. 756, 31 *juillet* 1893).

La réaction de l'indol est de date très ancienne, car Virchow l'a montrée il y a 40 ans, en ajoutant qu'elle tient à la présence de substances protéiques en voie de décomposition. Elle n'est donc pas, comme Brieger le prétend (*R. S. M.*, XXXII, 469 et 470), un signe pathognomonique du choléra, ce que Koch a cru devoir accepter. Karl Fraenkel a d'ailleurs vu des bacilles cholériques qui ne déterminaient pas le *rouge* dit cholérique. Dès que l'on traite une solution d'indol par de l'acide azotique contenant de l'acide nitreux, on obtient la teinte rouge. En ce qui concerne la production de cette réaction par les microorganismes, 2 cas peuvent se présenter. Ou bien on a affaire à des microbes qui ne produisent que de l'indol, ou bien à des microbes formant en outre des nitrites, soit par réduction de nitrates, soit par oxydation d'ammoniaque. Les microbes de la première catégorie ne donnent le rouge d'indol qu'autant que l'acide nitrique ajouté renferme de l'acide nitreux. Lorsque l'addition d'acide nitrique pur donne la même réaction, on peut en conclure qu'il s'agit de microorganismes formant à la fois de l'indol et de l'acide nitreux. Koch admet à tort que parmi les bacilles courbes, ceux du choléra sont les seuls qui forment simultanément de l'indol et de l'acide azoteux. (*R. S. M.*, XXXVIII, 45.) J. B.

Sopra il reattivo Spiegler per l'albumina nelle urine, par R. GUERRIERI (*La Riforma medica*, *p.* 759, 16 *septembre* 1893).

Le réactif de Spiegler (sublimé 8, acide tartrique 4, sucre 20, eau distillée 200) ne suffit pas à lui seul à révéler la présence de l'albuminurie, mais l'urine elle-même sert de réactif. L'élément actif de l'urine est le chlore (chrorure) et dans les cas rares où les chlorures font défaut (Rieger cite un cas de pemphigus foliacé où il était ainsi), la présence de l'albumine pourrait passer inaperçue. La réaction est d'autant plus manifeste que les chlorures sont plus abondants. Aussi est-il bon d'acidifier l'urine, non pas avec l'acide acétique comme le propose Spiegler, mais avec l'acide chlorhydrique. Avec cette modification, ce réactif est sûr, très sensible et commode. GEORGES THIBIERGE.

Rapporti tra globulina e sierina nelle urine in alcune forme di albuminurie, par G. CRISAFULLI et E. ANZALONE (*La Riforma medica*, *p.* 255, 27 *juillet* 1893).

La globulinurie n'a aucune valeur diagnostique chez les albuminuriques. Dans beaucoup de cas, la diminution du rapport entre la sérine et la globuline est un caractère défavorable et les cas où ce rapport s'abaisse le plus sont toujours graves, qu'il s'agisse de néphrites ou de lésions cardiaques. Dans les albuminuries dues au processus fébrile, il n'y a pas de caractère spécial tiré des proportions entre la sérine et la

globuline ; mais ces proportions sont telles qu'on doit admettre un état du filtre rénal très semblable à celui des néphrites et des affections cardiaques. La présence du sang ou des éléments histologiques n'influe pas sur l'abondance de la globuline dans l'urine des albuminuriques.

GEORGES THIBIERGE.

Untersuchungen über die Albuminurie..... (Sur l'apparition de l'albuminurie chez des personnes saines), par Carl FLENSBURG (*Skandin. Archiv für Physiol.*, *IV*, *p.* 410).

Examen des urines de 53 hommes sains, âgés de 18 à 22 ans, poursuivi pendant plusieurs jours. Albuminurie transitoire chez plus de la moitié des sujets, et dans 5 0/0 des échantillons d'urine examinée. Albuminurie plus fréquente à midi que le matin, beaucoup plus fréquente immédiatement après un bain froid. Pas de relation entre l'albuminurie transitoire et les maladies infectieuses éprouvées antérieurement. Jamais de cylindres albumineux dans les urines. Parfois l'albumine de l'urine est formée en entier par de la nucléo-albumine (précipitable intégralement par l'acide acétique dans l'urine débarrassée de la plus grande partie de ses sels par la dialyse). LÉON FREDERICQ.

Recherches sur l'albuminurie passagère chez des sujets en apparence sains, par Th. HWASS (*In*-8 180 *p.*, *Stockholm*, 1893).

H. a examiné l'urine de 635 hommes, soldats de 20 à 30 ans, et a constaté de l'albuminurie chez 98, soit 15,4 0/0. L'urine était examinée le matin au lever et à midi, avant le repas, par le procédé de Heller.

Les 98 sujets chez lesquels on reconnut de l'albumine furent examinés plusieurs jours ; trois analyses furent faites par jour. La quantité d'albumine était minime ; elle n'a pas dépassé 0,09. Par la suite, l'albuminurie ne fut plus constatée que chez 70 de ces premiers sujets. On ne peut, du reste, trouver aucun rapport de cet état soit avec l'alimentation, les exercices, soit avec la fatigue.

Chez 65 de ces hommes, on trouva des cylindres hyalins ; 48 avaient de l'albumine, 17 n'en avaient pas.

Chez 57, on trouva des cylindres épithéliaux ; 42 avaient de l'albumine, 15 pas. Enfin, chez 27, il y avait des cylindres granuleux, 25 avaient de l'albumine, 2 pas.

27 de ces hommes avaient des battements marqués du cœur, 4 cas seulement pouvaient être rattachés à une lésion.

Au résumé, H. estime que l'on peut classer ces sujets de la façon suivante : 3 cas de néphrite marquée, 19 suspects d'altération rénale, 35 douteux ou déclarables sains avec réserves. A. CARTAZ.

Welches ist die sicherste und schnellste Eiweiss-und Zuckerprobe, par LAQUER (*Deutsche med. Zeit.*, 26 *septembre* 1892, *et Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, *n°* 14, *p.* 510, 15 *juillet* 1893).

Laquer expose un procédé qui permet, simultanément, sur la même urine, la recherche de l'albumine et du sucre. Pour déceler l'albumine il suit la marche habituelle : l'urine claire ou filtrée est soumise à l'ébul-

lition dans un tube rempli au 1/5 ; on y ajoute ensuite d'un seul coup (et non goutte à goutte) le 1/10 de son volume d'acide azotique dilué, et l'on cesse l'ébullition. Le précipité floconneux qui s'est formé ou qui persiste est de l'albumine. Quand l'urine reste claire, on ajoute, dans le même tube, de 10 à 20 gouttes de la liqueur d'Almèn (4 grammes de sel de Seignette dissous dans 100 parties de soude caustique à 10 0/0, mis à digérer en bain-marie avec 2 grammes de sous-nitrate de bismuth, jusqu'à dissolution de la plus grande quantité possible de bismuth) et l'on fait bouillir l'urine pendant 1 ou 2 minutes. S'il se produit une coloration brune foncée ou noire, c'est que l'urine contient du sucre. — Lorsqu'on a auparavant constaté la présence d'albumine, on fait d'abord coaguler le précipité à froid, on filtre ensuite l'urine, après quoi seulement on l'additionne de la liqueur d'Almèn.

Avec cette réaction, on peut déceler une proportion de sucre ne dépassant pas 0,05 à 0,1 0/0, c'est-à-dire qu'elle est plus sensible, en même temps que plus simple et plus expéditive, que les épreuves de Trommer, de Heller et de Fehling ; elle n'exige pas plus de 4 minutes. La liqueur d'Almèn se conserve des années dans des fioles en verre foncé.

J. B.

Ueber das Vorkommen der Mercaptane, par M. RUBNER (*Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 12, *p.* 525, 15 *juin* 1893).

Les composés sulfureux volatils produits par les microbes sont encore très peu connus ; on n'a guère étudié jusqu'ici que l'hydrogène sulfuré. Il est cependant certain qu'il s'y trouve aussi des mercaptans. Nencki et ses élèves ont notamment signalé la présence du méthylmercaptan dont l'odeur pénétrante rappelle celle des choux pourris. M. Nencki et N. Sieber, Léon Selitrenny l'ont rencontré dans la décomposition, à l'abri de l'air, des substances albumineuses et gélatineuses par certaines cultures microbiennes. Le mercaptan a été reconnu dans les excréments frais, dans l'urine après ingestion d'asperges et dans l'urine d'un convalescent. (Karpus : *Arch. f. path. Anat. und Physiol.* CXXXI). N. Sieber et Schoubenko (*Arch. des Sc. biol. St-Pétersbourg*, I) ont également obtenu du méthylmercaptan en décomposant du blanc d'œuf, de la glutine, de la caséine ou de la gélatine, par fusion avec un excès considérable de potasse à 250 ou 280°. Ces expériences viennent à l'appui de l'idée que les matières albumineuses renferment des mercaptans préformés.

Rubner, Niemann et Stagnitta ont entrepris de rechercher les corps du groupe des mercaptans dans un grand nombre de substances d'origine animale et végétale.

Pour déceler la présence des mercaptans, ils se sont servis soit d'une liqueur de sucre de plomb qui donne un mercaptide jaune puis brun, soit de l'acide isatino-sulfurique qui se colore en vert en présence des mercaptans. Pour les doser, ils ont eu recours à la méthode de Nencki, mais n'ont pas tardé à s'apercevoir qu'on ne les récupérait que très incomplètement à cause de la solubilité du mercaptide de plomb.

Tous les corps d'origine animale examinés ont fourni du mercaptan par fusion avec de la potasse : ainsi tous les organes du bœuf : son sérum

sanguin en donne beaucoup, le foie, la rate, les reins, le cerveau en fournissent moins et les globules rouges encore moins. Le blanc et le jaune d'œuf en donnent une quantité moyenne ; la peptone en fournit de grandes quantités, la gélatine très peu et les cheveux presque point.

Ont également fourni du mercaptan, les aliments végétaux desséchés les plus divers : aleuronate, pain, raves, choux, céleri, etc.

Les résultats de ces recherches confirment encore plus l'opinion que les albuminoïdes contiennent des groupes atomiques préformés producteurs du mercaptan.

Mais les substances albuminoïdes n'ont pas seules le pouvoir de former du mercaptan avec la potasse en fusion. Il en est encore ainsi des matières extractives de la viande.

Bien plus, beaucoup d'aliments végétaux décomposés par la cuisson dégagent non seulement de l'hydrogène sulfuré, mais aussi du mercaptan : par exemple les choux-fleurs, les choux de Milan. Les asperges n'en fournissent que des traces ; les carottes, les choux-raves, le céleri, les oignons, le persil n'en donnent pas.

Le mercaptan est donc un corps qui se présente très fréquemment; c'est lui qui imprègne l'atmosphère des cuisines.

L'ingestion des légumes qui, par dédoublement à la chaleur, fournissent du mercaptan, fait toujours rapidement apparaître ce corps dans les urines.

Les cellules de levure, fermentant en présence du soufre, produisent non seulement de l'hydrogène sulfuré, mais encore du mercaptan.

Les mercaptans sont les compagnons de la putréfaction naturelle spontanée.

On s'est souvent contenté pour affirmer la présence d'hydrogène sulfuré dans les bactéries, du noircissement du papier de plomb ; or, le mercaptan détermine la même réaction. Mais dans ses expériences de fusion avec la potasse, de décomposition par l'ébullition, de putréfaction naturelle, de fermentation de levure, Rubner a toujours trouvé, de même que dans ses cultures microbiennes, le mercaptan en compagnie d'hydrogène sulfuré.

Outre son odeur désagréable et tenace, mais à l'égard de laquelle l'odorat s'émousse rapidement, le mercaptan est toxique à faible dose.

J. B.

Untersuchungen über die Bedeutung der Acetessigsäure bei D. m. (Recherches sur la signification de l'acide acétique dans le diabète sucré), par E. MUNZER et B. STRAUSS (*Arch. f. exp. Path.*, *XXXII*, 5 *et* 6, *p.* 372).

Pendant le coma diabétique a lieu une augmentation rapide et importante de la destruction de l'albumine. Les acides acétiques et l'acide β. oxybutyrique causent une acidification de l'organisme cause du coma, qui est une véritable intoxication acide. L'excrétion d'ammoniaque dans beaucoup de cas est parallèle à l'excrétion de l'acétone et de l'acide acétique, aussi peut-on supposer une certaine relation entre leur élimination.

PAUL TISSIER.

Ueber die Bildung von Oxalsäure im Organismus..... (De la formation d'acide oxalique dans l'organisme sous l'influence du manque d'oxygène), par REALE et BOERI (*Wiener med. Wochens.*, n° 38, *p.* 1545, 1893).

En produisant la dyspnée chez un chien au moyen de l'application d'un corset de Sayre étroit, on détermine chez cet animal l'apparition de fortes quantités d'acide oxalique dans l'urine. Petit à petit cette quantité devient de moins en moins abondante, à mesure que l'animal s'accommode aux conditions respiratoires auxquelles il est soumis. Cet acide oxalique s'excrète sous forme d'oxalate de chaux cristallisé. LEFLAIVE.

Sur la cholestérine dans les urines, par A.-G. GLINSKI (*Vratch*, *n°* 35, 1893).

Dans les urines de l'homme sain, on ne trouve jamais de cholestérine; à l'état pathologique, on peut trouver de la cholestérine dans les urines, mais rarement. Cette substance n'est pas secrétée dans les reins, mais elle se forme dans les voies urinaires (bassinets, uretères, vessie), lorsque leur muqueuse est enflammée, aux dépens des globules de pus, des globules rouges, des cellules épithéliales, etc., par suite de la destruction des albuminoïdes complexes. Parfois la formation de la cholestérine a lieu, au sein même du rein, entre l'épithélium glomérulaire et celui de la capsule de Bowman (dans les cas de mal de Bright). Les cristaux caractéristiques peuvent se trouver aussi bien dans l'urine acide, que dans l'urine à réaction alcaline. L'observation de l'auteur se rapporte à un cas de pyélonéphrite suppurée consécutive à de la lithiase rénale, vérifié à l'autopsie. H. FRENKEL.

I. — Sur la fibrine, par M. ARTHUS (*Arch. de physiol.*, *p.* 392, 1893).

II. — Sur les solutions de fibrine dans les produits de digestion, par M. ARTHUS et A. HUBER (*Ibid.*, *p.* 447).

I. — Arnold, Denis (1838) ont vu que la fibrine fraîche était soluble dans les solutions salines neutres. On a étudié (Green) les solutions dans NaCl et dans l'azotate de potasse (Limbourg, 1889). La solution s'accompagne d'un dédoublement en deux substances, l'une coagulable à 56°, l'autre au voisinage de 70°. On a même discuté la question de savoir si l'action ne serait point due à un ferment soluble (Plosz, Limbourg). Arthus retrouve tous ces faits en opérant avec le fluorure de sodium à 1 0/0 avec l'avantage d'exclure toute intervention de la putréfaction, le fluorure étant aseptique. Il constate de plus que les solutions de fibrine manifestent toutes les propriétés des globulines, précipitation par dilution, dialyse, action des acides, par sulfate de magnésie à saturation. La fibrine est donc une globuline. Arthus étudie également la coagulation par la chaleur : de ce fait que le rapport du coagulum à 56° à la quantité d'albuminoïde totale varie avec la richesse de la liqueur en fibrine et en sel, il conclut comme Hammarsten à propos du fibrinogène, que la température de 56° dédouble la fibrine dissoute, elle dédouble même la fibrine ordinaire.

II. — Otto (1884), dans les produits de la digestion pancréatique de la fibrine a trouvé de la sérumglobuline; Hasebroeck (1887) deux globu-

lines ; A. Hermann (1887) a retrouvé cette globuline qu'il considère comme une impureté.

Les auteurs A. et H. pensent que c'est simplement de la fibrine dissoute dans les protéoses. Ils vérifient cette induction en prenant de la peptone de Witte, chauffée et dialysée, et en y dissolvant de la fibrine crue. Ils constatent que ces solutions se comportent comme les solutions fluorées, en ce sens que le rapport du poids du coagulum à 56° au coagulum total, se comporte de même, quand varient les quantités de fibrine et les proportions du dissolvant. La digestion n'intervient donc qu'en fournissant le dissolvant. DASTRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Traité élémentaire d'anatomie pathologique, par COYNE (2e *partie, Paris*, 1894).

Dans cette seconde partie, l'auteur passe en revue les lésions des différents organes. Nous signalerons en passant les articles myxœdème, gastrites, ceux consacrés aux lésions du pancréas et à celles des reins, ainsi que la description des dégénérescences secondaires de la moelle et du myélites où l'auteur a réuni dans un résumé succint et clair les plus récentes acquisitions de la science. C. LUZET.

Ueber den Einfluss der gebräuchlichen..... (De l'influence des méthodes de fixation et de conservation usuelles sur les dimensions des cellules animales), par C. KAISERLING et R. GERMER (*Archiv f. pathol. Anat., CXXXIII*, 1).

Par une série d'essais, on essaya de déterminer l'influence des réactifs sur la forme et la taille des cellules. Les globules du sang et les ovules furent étudiés surtout à ce point de vue à l'aide des diverses solutions employées par les auteurs.

La *solution de Hayem* détermine dans les globules du sang (grenouille, pigeon, lapin, homme) le durcissement de ces éléments et leur rapetissement. Elle conserve la forme des globules rouges, sauf chez le lapin.

Le sublimé (liquide de Hayem et de Heidenhain) provoque le ratatinement des ovules, en même temps qu'il modifie leur structure intime.

La *solution de Lugol* rapetisse les cellules et précipite l'hémoglobine.

Le *liquide de Flemming* précipite l'hémoglobine et rend les globules du sang globuleux. Il gonfle les ovules.

L'*acide osmique* conserve la forme des ovules, mais précipite l'hémoglobine dans les globules rouges. L'*acide picrique* en solution aqueuse détruit la forme des cellules. Le *liquide de Kleinenberg* conserve mieux les contours des éléments. L'*alcool absolu* ratatine les globules rouges du sang. La *dessication lente*, à la température de l'appartement, donne d'excellents résultats pour le sang de la grenouille et de l'homme. La

solution physiologique du sel marin gonfle les globules sanguins, sauf ceux de la grenouille.

En résumé, les réactifs précédents n'agissent pas d'une façon indifférente sur les globules rouges du sang; ils modifient leur structure et leur forme. Il faut même ajouter qu'ils agissent d'une façon tout autre sur la zone périphérique et sur la partie centrale des globules rouges du lapin et de l'homme. ED. RETERRER.

Eosinophilen Zellen im menschlichen Blute (Cellules éosinophiles dans le sang humain), par ZAPPERT (*Zeitschr. f. klin. Med., XXIII, p.* 227).

Chez l'homme sain, ces cellules sont au nombre de 50 à 250 par millimètre cube. On en trouve souvent plus et parfois jusqu'à 700. Chez l'enfant, ces cellules sont toujours nombreuses. Le nombre ne paraît pas influencé par le sexe, la grossesse, la menstruation. Voici les modifications pathologiques : dans la leucémie, augmentation absolue mais non relative des cellules dont le nombre varie de 2 à 6 0/0. Dans la chlorose et les anémies graves, il y a tantôt augmentation, tantôt nombre normal, tantôt diminution ; aucune influence de ces variations sur le pronostic. Dans les maladies de cœur, pas d'augmentation. Dans la tuberculose apyrétique, diminution fréquente. Dans l'asthme et l'emphysème, augmentation. Dans les maladies du foie, néoplasmes exceptés, augmentation fréquente. De même, augmentation dans les néphrites (indépendamment de l'urémie), dans un grand nombre d'affections cutanées (l'intensité exerce plus d'influence que l'étendue), dans les névroses fonctionnelles (nombre normal dans les maladies nerveuses à lésions et les psychoses). Diminution dans les néoplasies malignes. Diminution considérable dans l'agonie. En cas de fièvre intense, diminution, puis l'accès passé et souvent vers la fin de l'accès, augmentation. A.-F. PLICQUE.

Blut bei Schwindsucht und Krebs..... (Analyses du sang dans la tuberculose et le cancer), par O. STRAUER (*Zeitschr. f. klin. Med., XIV, p.* 225).

1° *Tuberculose au début.* Diminution du nombre des globules rouges, du résidu sec, du poids spécifique du sang, du résidu sec du sérum.

2° *Tuberculose avancée comme lésions mais sans fièvre.* Par un fait très paradoxal et fort intéressant tous les éléments indiqués plus haut sont très voisins de la normale.

3° *Tuberculose avec fièvre.* A la longue, diminution des globules rouges, de la quantité d'albumine, du poids spécifique. En cas de dégénérescence amyloïde l'anémie est parfois extraordinaire. La complication de phtisie laryngée n'entraîne pas de modification spéciale jusqu'à ce que la sténose du larynx amène la stase veineuse et l'épaississement du sang.

4° *Cancer.* Les modifications, très peu marquées dans le cancer au début s'accentuent graduellement avec la cachexie. Globules blancs plus nombreux en général. Les globules rouges non modifiés dans la tuberculose, présentent dans le cancer toutes les formes de la poikilocytose.

A.-F. PLICQUE.

Cancer et psorospermies, par Michel DANSAC (*Gaz. hebd. Paris*, 21 et 28 *octobre* 1893).

Le coccidium oviforme n'est pas l'agent pathogène du cancer. Non seulement sa présence n'a pas été reconnue fréquemment et d'une manière indiscutable dans les tumeurs cancéreuses, mais encore les lésions franchement psorospermiques, que l'on peut bien étudier chez le lapin, sont essentiellement irritatives, inflammatoires, suivies de dégénérescence suppurative, ce qui est bien différent des lésions cancéreuses. Ces différences anatomo-pathologiques se retrouvent aussi tranchées dans l'évolution clinique, l'époque et l'âge d'apparition, la marche et la terminaison des accidents. Rien n'autorise scientifiquement l'hypothèse de l'origine parasitaire de la grande diathèse néoplasique; sa véritable nature, ses causes essentielles sont entières à rechercher et déterminer.

LEFLAIVE.

Parasites dans le cancer, par NEPVEU (*Arch. de méd. exp.*, *VI*, 1).

En soumettant à un examen méthodique des tumeurs cancéreuses non ulcérées, non susceptibles d'avoir été envahies secondairement par des microbes externes, on observe des aspects histologiques dont l'ensemble peut servir à élucider la pathogénèse du cancer : des spores nombreuses libres ou intra-cellulaires, des cellules spéciales à quatre noyaux, des éléments kystiques occupant les radicules lymphatiques, des cellules amiboïdes, diverses autres formes cellulaires, enfin et surtout des éléments parasitaires (amibiens, sporozoaires, bactériens) dont la présence explique bien le développement des néoplasies cancéreuses. GIRODE.

I. — De l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen, par TROISIER (*Arch. gén. de méd.*, *août* 1893).

II. — Sur l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers des organes du petit bassin et de l'abdomen, par G. SPINELLI (*Riv. di clin. e terap.*, *n°* 8, *p.* 397, 1893).

I. — L'auteur publie trois nouvelles observations d'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen :

La première est un bel exemple de la participation du canal thoracique à la dégénérescence cancéreuse.

Dans le second cas, l'adénopathie sus-claviculaire s'est montrée un long temps avant la mort (19 mois environ).

Le troisième fait concerne un cancer du testicule avec adénopathie sus-claviculaire. RICHARDIÈRE.

II. — Sur 34 cas de cancers des organes de l'abdomen, réunis par Spinelli et d'autres auteurs, l'adénopathie sus-claviculaire a été rencontrée. Elle siégeait le plus souvent à gauche (26 fois). Spinelli insiste sur ce fait non encore signalé avant lui, à savoir que les malades peuvent présenter des phénomènes douloureux (irradiations douloureuses dans l'épaule, dans le bras gauche), en rapport avec la dégénérescence des ganglions. G. LYON.

Adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer du testicule, par PONCET (*Mercredi méd.*, 3 *janvier* 1894).

1° Homme de 37 ans, présentant depuis un an une tumeur du testicule droit à marche progressive, et, depuis 2 mois et demi, une autre tumeur au niveau de la région claviculaire gauche. La première est dure, uniforme et accompagnée d'une hydrocèle assez abondante ; la seconde qui a été infructueusement ponctionnée, est indolente, mollasse et de la grosseur d'une orange. L'ablation de ces deux tumeurs montre qu'il s'agit d'un chondrosarcome du testicule et d'une adénopathie cervicale de même nature. L'opération fut rapidement suivie d'une généralisation à marche aiguë et mortelle, confirmée par les résultats de l'autopsie.

2° Homme de 20 ans, portant également une tumeur du testicule droit. Castration ; sarcome globo-cellulaire. 14 mois plus tard, douleurs dans les reins et en même temps apparition d'une adénite sus-claviculaire gauche, dont les caractères ne laissent aucun doute sur la nature sarcomateuse. Pas d'autre généralisation ganglionnaire apparente. 6 mois après, mort sans opération.

Poncet discute la pathogénie de cette adénopathie, qui semble devoir être rapporté à la migration dans le canal thoracique de cellules cancéreuses allant se fixer dans les ganglions sus-claviculaires gauches.

OZENNE.

Beitrag zur Localisation..... (Contribution à la localisation de la vessie, du rectum et du pouvoir érectile chez l'homme), par A. SARBO (*Archiv f. Psychiatrie, XXV*, 2, *p.* 409).

L'auteur publie l'observation d'un homme de 49 ans, qui a succombé à un cancer des poumons et qui, de son vivant, avait présenté une paralysie isolée de la vessie et du rectum, conséquence éloignée d'une chute sur le rachis, avec suppression des érections, anesthésie de la muqueuse de l'anus, du périnée, du scrotum, du pénis et de l'urètre.

A l'autopsie, on a trouvé les résidus d'une myélite chronique. Celle-ci atteignait son maximum d'intensité à la hauteur des troisième et quatrième paires sacrées ; dans le segment lombaire les altérations se réduisaient à une dégénérescence secondaire des cordons postérieurs.

En rapprochant son observation des faits similaires publiés par d'autres auteurs et des résultats des expériences physiologiques pratiquées dans le but de connaître la localisation exacte des centres de la vessie, du rectum et du pouvoir érectile, Sarbo arrive à cette conclusion : que les centres en question sont compris dans le segment sacral de la moelle entre les points d'émergence des première et quatrième paires sacrées. E. RICKLIN.

Emiplegia spastica dell' infanzia con reperto, par F. FAZIO et G. TESTAFERRATA (*La Riforma med., p.* 146, 17 *janvier* 1893).

Femme de 39 ans, atteinte d'hémiplégie droite depuis l'âge de 4 ans ; contracture, attaques épileptoïdes fréquentes, le plus souvent limitées aux membres du côté droit, quelquefois généralisées, sans aura, mais avec écume à la bouche. A l'autopsie, on trouve à la place des circonvolutions centrales de l'hémisphère gauche une grande cavité remplie de liquide, les circonvolutions rolandiques sont atrophiées ; au microscope, les parois de la cavité sont formées de tissu connectif lâche, puis d'une couche mince de tissu connectif fibrillaire à noyaux rares et plus en dedans de tissu conjonctif

à mailles et à fibres minces, d'aspect granuleux, renfermant des cellules graisseuses, gliomateuses; les vaisseaux sanguins de cette dernière couche sont d'aspect normal, leur gaine lymphatique un peu dilatée et remplie en partie de leucocytes ; et enfin la couche la plus interne est formée d'un tissu réticulaire renfermant des fibres nerveuses dégénérées. GEORGES THIBIERGE.

Ueber atypische Formen der Gliosis spinalis, par OPPENHEIM (*Arch. f. Psychiatrie, XXV*, 2, *p.* 315).

L'auteur publie l'observation d'un homme de 41 ans, dans les antécédents pathologiques duquel on a relevé une blennorragie et un chancre mou (1866). En 1882, cet homme a été pris de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Dans la suite il a présenté un ensemble de symptômes qui imposait le diagnostic de tabes dorsalis. Le malade marchait comme un ataxique au moment où, atteint des troubles psychiques de la paralysie générale, il fallut le reléguer dans un asile d'aliénés. Il y est mort le 19 août 1890. Autopsie : pachyméningite et leptoméningite chronique, dilatation des ventricules, atrophie et dégénérescence grise des nerfs et des bandelettes optiques, gliomatose centrale de la moelle, dégénérescence des parties internes des cordons postérieurs.

Le processus gliomateux avait son point de départ dans la partie inférieure du renflement cervical, il se continuait à travers le segment dorsal jusque dans le renflement lombaire. Dans le segment dorsal, il se limitait au territoire des cordons postérieurs et à la commissure postérieure ; plus bas, il gagnait en extension et il intéressait à la fois les cordons postérieurs, les cornes postérieures, les commissures et quelques parties avoisinantes des cornes antérieures. Plus bas encore, à la limite de la partie supérieure et de la partie moyenne du segment dorsal, toute la substance grise centrale était envahie. Puis, en descendant, la gliomatose se cantonnait de plus en plus dans la colonne postérieure ; à gauche, la colonne de Clarke et le cordon postérieur étaient manifestement atrophiés, par suite de la compression exercée par la tumeur. Dans la partie inférieure du segment dorsal, la zone gliomateuse de la corne postérieure gauche se réduisait de plus en plus, en même temps que diminuait l'atrophie de la colonne de Clarke et du cordon postérieur. En même temps on découvrait, à ce niveau, un lot de dégénérescence limité au cordon de Goll à droite, et une atrophie des fibrilles de la partie interne de la colonne de Clarke. Dans la partie supérieure du segment lombaire, la dégénérescence du cordon de Goll continuait sous forme d'une dégénérescence diffuse de tout le cordon postérieur, intense, surtout au niveau de la zone radiculaire ; toutes les fibrilles de la colonne de Clarke, de ce même côté, étaient atrophiées. Dans le renflement lombaire, la gliomatose n'intéressait plus qu'une très petite zone des cornes postérieures. La dégénérescence des cordons postérieurs était encore très nette.

L'intérêt de ce cas réside dans ce fait qu'une gliomatose spinale a évolué sous les traits du tabes dorsalis, auxquels se sont associées plus tard les manifestations de la paralysie générale. L'auteur a soulevé la question de savoir si chez son malade il s'agissait « d'une association du tabes dorsalis et de la syringomyélie ou d'une forme de gliomatose qui, par son extension aux cordons postérieurs, a donné naissance aux symptômes tabétiques? » Il conclut qu'en se ralliant à la première hypothèse, celle de l'association des deux processus, tabes et syringomyélie, la question que soulevaient les cas de la nature de celui qui vient d'être mentionné, ne se trouvait pas complètement vidée. Pour Oppenheim, il faut pour le moins admettre « que la gliomatose a une tendance à se

combiner avec des processus dégénératifs des cordons postérieurs, qui présentent une grande parenté, sinon une identité complète, avec le processus anatomo-pathologique du tabes dorsalis, et que dans ces cas la gliomatose peut se masquer sous les traits du tabes dorsalis ».

A noter que chez le malade d'Oppenheim le phénomène du genou n'était aboli que d'un seul côté à droite,ce qui concorde avec le point que seul le cordon postérieur droit était dégénéré à gauche, le phénomène du genou était conservé malgré l'envahissement de la corne postérieure gauche par la gliomatose, malgré la dégénérescence des racines postérieures. E. RICKLIN.

Poliomyelitis, par GOLDSCHEIDER (*Zeitschr. für klin. Med., XXIII, p.* 494).

Les légions d'origine vasculaire peuvent être diffuses ou en foyer, occuper le cerveau ou la moelle, la substance grise ou blanche. Les parois des vaisseaux ont dans ces lésions le rôle principal. Les substances irritantes produisant la prolifération cellulaire arrivent par le sang soit par filtration, soit par diffusion. La poliomyélite n'est qu'une localisation de ce processus atteignant spécialement le tractus artériel et surtout celui des artères centrales. Elle se rapproche ainsi des myélites centrales et des inflammations disséminées. Elle est d'origine infectieuse ou toxique comme ces divers processus.

(En outre des observations, personnelles ce mémoire analyse un nombre considérable d'observations étrangères et renferme 6 figures importantes). F. PLICQUE.

Ueber Lungenschrumpfung aus der ersten Lebenszeit (Rétraction pulmonaire à début infantile), par FRANCKE (*Deutsches Arch. für klin. Med., LII, p.* 125, 1893).

Chez un homme de 58 ans qui vint mourir à l'hôpital de Leipzig d'une attaque d'apoplexie, l'auteur a noté à l'autopsie une rétraction des lobes inférieurs des deux poumons tranchant sur le reste des organes par leur absence de pigment et par leur affaissement. Dans ces parties, les bronches paraissaient diminuées de longueur, pendant que leurs extrémités oblitérées portaient des dilatations sacciformes. La diminution considérable de volume, causée dans les poumons par des lésions, se manifestait extérieurement par le rétrécissement circonférentiel de toute la base du thorax, une taille de guêpe, dit Francke. L'origine infantile de la lésion lui paraît prouvée : 1° par la déformation thoracique ; 2° par la conservation du tissu pulmonaire fœtal au niveau des parties atélectasiées, et 3° par l'absence de particules charbonneuses dans ces mêmes parties, où les bronches étaient oblitérées.

Ces lésions diffèrent entièrement de celles de la sclérose pulmonaire ordinaire, où la pigmentation a eu le temps de s'établir avant l'oblitération des bronches. Dans les deux cas, il peut se produire une distension vicariante des parties non sclérosées des poumons. C. LUZET.

Ueber capilläre Embolie..... (Sur l'embolie capillaire produite par des cellules géantes), par L. ASCHOFF (*Archiv f. path. Anat., CXXXIV*, 1).

Dans diverses maladies inflammatoires, Aschoff a observé dans le poumon, des embolies capillaires composées de cellules géantes à noyaux

multiples. Bien qu'il n'ait pu reproduire ces embolies en expérimentant sur les lapins, il pense que les cellules géantes à noyaux multiples proviennent des organes lymphoïdes et en particulier de la moelle osseuse.

ED. RETTERER.

Note sur un cas de myxome du cœur, par ROBIN (*Arch. de méd. exp.*, V, 6).

Un sujet porteur d'un myxome de l'oreillette gauche reste dans un état de santé parfaite jusqu'au jour où il est brusquement frappé d'une attaque d'apoplexie par embolie cérébrale ; l'embolie est constituée par un fragment de la tumeur. Les accidents cérébraux rétrocèdent ; et la tumeur cardiaque est si bien tolérée et si latente que le malade peut reprendre sa vie antérieure jusqu'au jour où une nouvelle embolie oblitère l'artère carotide.

Pendant la vie, on avait pu affirmer l'existence d'une lésion cardiaque, cause des embolies, mais sans pouvoir préciser. Il y avait un souffle systolique mal localisé et un pouls petit, lent. Les tracés sphygmographiques étaient caractérisés par une faible et lente impulsion cardiaque, indiquée par la brièveté et l'obliquité de la ligne d'ascension avec ligne de descente longue, sans dicrotisme, presque horizontale. GIRODE.

Zur Lehre vom Œsophagusdivertikel, par A. HUBER (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LII*, *p.* 103).

Huber a observé sur le vivant et autopsié un cas de diverticule par pulsion de l'œsophage. Ce diverticule formait un sac s'ouvrant juste au-dessous du cartilage cricoïde à la limite du pharynx et de l'œsophage et était situé entre l'œsophage et la face postérieure de la trachée. Il existait des fibres musculaires striées jusqu'au niveau du fond du sac diverticulaire. Il en a retrouvé dans deux autres pièces conservées dans la collection de Zurich.

Il ne croit pas qu'il y ait là à faire intervenir une lésion congénitale, comme le pense Virchow, mais croit que cette lésion est d'origine mécanique, à cause du grand âge des malades. Presque toujours, son début n'a été observé que dans un âge relativement avancé. La présence de fibres musculaires au fond du sac n'infirmerait pas son hypothèse, car les fibres musculaires des parois de l'œsophage peuvent être présentes au fond du sac, aussi bien qu'on peut rencontrer au fond des sacs anévrismaux des lambeaux de la tunique moyenne des artères. C. LUZET.

Zur Kenntniss der pathogenen Wirkung des Colon-Bacillus, par R. STERN (*Deutsche med. Wochens.*, *n°* 26, *p.* 613, 1893).

Femme de 43 ans, ayant eu à plusieurs reprises, depuis l'âge de 20 ans, des crises douloureuses qui paraissent attribuables à la lithiase biliaire. Pendant l'été de 1892, amélioration ; au mois de septembre, accès violents ; en novembre, ictère, surcharge bilieuse de l'urine, prurit.

Le 14 décembre, on constate : ictère foncé ; fièvre irrégulière, intermittente ; pouls relativement lent, régulier ; foie volumineux ; ventre tendu, pas d'ascite ; urine brunâtre. Presque tous les jours il y a des accès de fièvre (40° et au delà). Le 26 décembre, coma, respiration de Cheyne-Stokes, élévation de la température à 42°,3, mort.

Autopsie. Myocardite et dégénérescence graisseuse du cœur. Foie gros ; plusieurs abcès hépatiques. Ancienne fistule entre le duodenum et le canal

cholédoque livrant de la bile trouble avec des grains ; dilatation des grands canaux biliaires ; dans la grande ramification gauche du canal hépatique siège un calcul à peu près gros comme un noyau de cerise. Cicatrices de la muqueuse cystique ; pas de calcul dans la vésicule. La veine porte est thrombosée, surtout la branche gauche ; ses ramifications, remplies de pus et dilatées, aboutissent à de nombreux abcès. Rien dans les veines sus-hépatiques. Rate deux fois plus grosse qu'à l'état normal, rouge foncé, diffluente. Quelques abcès rénaux.

Surface du cerveau complètement recouverte de masses purulentes épaisses ; les ventricules sont remplis de pus ; les parois ventriculaires fortement injectées.

L'examen bactériologique montre dans le pus des méninges et du foie de nombreux bacilles courts, épais, souvent associés deux à deux, colorables par le bleu de méthylène et la fuchsine ; même microbe dans la pulpe splénique.

Ce bacille ne liquéfie pas la gélatine ; il croît rapidement sur l'agar-agar, dans le bouillon, sur la pomme de terre ; il coagule le lait en 24 ou 48 heures. Il est extrêmement virulent pour les souris, les lapins, les cobayes.

Il se distingue du bacille d'Escherich parce qu'il forme des gaz dans les cultures sur pomme de terre, parce que ses colonies sur gélatine ont un aspect différent (colonies profondes brunes, granuleuses, ovales ou arrondies ; colonies superficielles blanchâtres, à bords dentelés), parce qu'il est beaucoup plus virulent. Malgré ces divergences l'auteur range ce bacille dans la famille des colibacilles.

On remarquera ses localisations hépatiques, spléniques, et méningées.

L. GALLIARD.

Ueber den Ausgang der cyanotischer Induration der Niere in Granulatrophie, par Hans SCHMAUS et Ludwig HORN (*Wiesbaden, broch.*, 1893, *et Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 39, *p.* 950, 25 *septembre* 1893).

L'atrophie cyanotique des reins, qui semble plus fréquente à Munich, représente une forme particulière de l'atrophie granuleuse se séparant nettement des autres formes, notamment de l'atrophie rénale par artério-sclérose. L'atrophie après induration cyanotique se rencontre surtout dans l'hypertrophie cardiaque idiopathique des grands buveurs de bière ; on l'observe également dans les affections valvulaires, le cœur gras, la myocardite calleuse et, plus rarement, dans les maladies du poumon. Elle se développe de la manière suivante : A l'induration cyanotique viennent s'ajouter des foyers d'atrophie dans la substance corticale, en même temps que l'atrophie diffuse de la substance médullaire, due à l'induration cyanotique, fait de nouveaux progrès. Au fond, l'atrophie granuleuse n'est qu'un stade plus avancé du développement de l'induration cyanotique; toutes les lésions existant dans la première, peuvent aussi se rencontrer isolément dans celle-ci.

Les foyers atrophiques de la substance corticale correspondent principalement aux veines interlobulaires, mais aussi aux vaisseaux artériels. Toutes les altérations sont des phénomènes consécutifs de la dilatation des capillaires et débutent par un épaississement des parois des capillaires des veinules et artérioles avec atrophie simultanée des canali-

cules urinaires par compression. Les anses glomérulaires s'atrophient et les capsules de Bowman s'épaississent. Mais les lésions des glomérules ne sont que secondaires. Il y a aussi épaississement de la membrane propre des canalicules urinaires. Des parois vasculaires c'est surtout l'adventice qui s'épaissit; mais sur les artères, l'épaississement porte aussi sur la tunique interne. Toutes ces membranes s'épaississent d'une façon homogène, et se fusionnent souvent, de sorte qu'entre les canalicules urinaires, dont les intervalles sont très agrandis on trouve une substance homogène d'aspect parfois filamenteux et granuleux, plus rarement une véritable infiltration de cellules rondes ou du vrai tissu conjonctif fibreux. Cette substance homogène ne correspond pas à la substance hyaline de von Recklinghausen et elle ne contient pas de fibrine. J. B.

I. — Ueber die Entstehungsweise der gewundenen Harncylinder..... (Mode de production des cylindres urinaires spiralés et des fibres spiralées de l'expectoration), par SENATOR (*Deutsches Archiv für klin. Med.*, *LI*, *p.* 413, 1893).

II. — Ueber das Vorkommen von Fibrin in den Nieren-cylindern (Présence de fibrine dans les cylindres urinaires), par ERNST (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XII*, 4, *p.* 553).

I. — L'auteur attribue la forme spiralée à ce fait que lorsqu'une masse filante demi-molle, comme est celle des cylindres urinaires ou des fibres spiralées de l'expectoration, est poussée d'un canal plus large à travers un orifice étroit, cette masse tend à se contourner en spirale. Ces conditions seraient réalisées aussi bien dans le rein, dont les canalicules sont oblitérées par des détritus épithéliaux, que dans l'asthme où les bronches sont retrécies.

II. — En soumettant à la réaction de Weigert, par le violet de méthyle, des coupes de reins atteints de néphrite, Ernst a constaté que souvent les groupes de cylindres se caractérisaient, même à l'œil nu, par une coloration bleue, caractéristique de la fibrine. L'auteur a pu voir dans certains glomérules (gros rein blanc) un réseau de fibrine envelopper le glomérule et se prolonger en tourbillon jusque dans le canalicule contourné où la fibrine constituait le cylindre. On peut aussi voir dans les coupes tous les intermédiaires possibles entre les cylindres se colorant en bleu en totalité et ceux qui ne prennent que partiellement cette couleur. Il admet donc une transformation des cylindres fibrineux en cylindres hyalins. Cependant il ne pense pas que ce soit là le seul mode de production des cylindres hyalins, parce que dans certains reins (intoxication par le chlorate de potasse, par le phénol), on trouve bien des cylindres hyalins, mais pas du tout de fibrine. C. LUZET.

Contribution à l'étude des méningites et des abcès produits par le bacille de la fièvre typhoïde, par TICTINE (*Arch. d méd. exp.*, *VI*, 1).

Il se développe parfois pendant ou après l'évolution de la fièvre typhoïde un ensemble de symptômes méningo-encéphaliques, qui permettent de présumer l'existence de lésion du système nerveux central. Souvent il s'agit de processus congestifs, d'une exsudation légère, d'une abondance anormale avec aspect trouble du liquide céphalo-rachidien.

La suppuration est exceptionnelle. Dans le cas de Fernet et Girode on a trouvé le bacille d'Eberth, caractérisé régulièrement par ses réactions connues. Tictine rapporte deux faits de méningite séreuse, où le même bacille était en cause. En injectant des cultures actives de ce microbe dans la substance cérébrale, ou dans les méninges des animaux, on développait une exsudation ou suppuration locale, et des signes d'infection générale souvent mortelle.

Chez deux autres malades, des suppurations développées dans la fesse et la cuisse, vers la fin d'une fièvre typhoïde, contenaient également le bacille d'Eberth à l'état de pureté. Ce microbe injecté aux animaux déterminait les mêmes effets pyogènes. GIRODE.

Ueber die neue Osteomalacie-Theorie des Herrn Petrone Morphologische Blutveraenderungen bei einer Osteomalacie-Kranken, par N. TSCHISTOWITSCH (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 38, *p.* 918, *18 septembre* 1893).

Pour Petrone (*Riforma medica* 1892), l'ostéomalacie est une maladie infectieuse due au microorganisme de la nitrification. Il déclare, en effet, avoir trouvé ce microbe, décrit par Winogradsky (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1890 et 1891), dans le sang des malades et réussi à produire un processus analogue chez les chiens, dans les veines desquels il introduisait ses cultures. De plus, dans l'urine des ostéomalaciques, il a toujours rencontré de l'acide nitreux. Suivant cette théorie, les os auraient été dépouillés de leurs éléments minéraux par cet acide nitreux, produit de l'activité vitale de l'organisme de la nitrification.

Tschistowitsch a contrôlé la justesse de la théorie de Petrone chez une femme de 26 ans parvenue au troisième mois de sa 4e grossesse, au moment où commençait l'observation. Les douleurs avaient débuté 5 ans après le premier accouchement, s'étaient exacerbées à la suite du 2e. Au 6e mois de la 3e grossesse, il y avait eu des fractures spontanées du bras gauche et de la cuisse droite qui obligèrent la malade à garder dès lors le lit. Tous les accouchements avaient été faciles, mais les enfants étaient tous morts dès les premiers mois. Scoliose dorsale, bassin rétréci transversalement surtout au détroit inférieur. Le phosphore s'étant montré inefficace, on pratiqua l'avortement qui améliora l'état général et diminua les douleurs sans enrayer les progrès des altérations osseuses. Deux mois plus tard, la femme subit, sans plus de succès, l'ablation des ovaires. Après une grippe intercurrente, on la remit tout aussi infructueusement à l'usage du phosphore.

Ni dans le sang, ni dans les ovaires, Tschistowitsch ne découvrit de microbes. Par instants, il a constaté dans l'urine, d'une façon plus ou moins nette, la réaction de l'acide nitreux, mais elle n'a rien de spécifique, car il l'a constatée également dans l'urine de pneumoniques, d'un pleurétique et de 2 malades atteints d'hypertrophie hépato-splénique. Relativement à la proportion des divers éléments du sang, Tschistowistch a vu que les lymphocytes avaient considérablement augmenté de nombre, tandis que les leucocytes mononucléaires et les neutrophiles polynucléaires étaient beaucoup diminués. Les globules rouges étaient pauvres en hémoglobine.

Ce cas ne rentre donc dans aucune des deux classes d'ostéomalacie établies par Neusser (*Wiener klin. Woch.*, 1892, n° 3), car il ne se caractérise ni par l'augmentation des cellules éosinophiles, et pas davantage par celle des myélocites ; de plus, la castration n'a pas amené une diminution des cellules éosinophiles. J. B.

Contributo alla etiologia ed alla anatomia patologica della corea del Sydenham, par P. GUIZZETTI (*La Riforma medica, p.* 422, 434 *et* 448, 13, 14 *et* 19 *novembre* 1893).

L'auteur rapporte un cas de chorée dans lequel il n'a trouvé aucune espèce de microorganisme ; les altérations macro et microscopiques, en dehors de l'endocardite, pouvaient s'expliquer sans qu'il soit besoin d'admettre l'intervention d'un agent infectieux. Les lésions du système nerveux venaient à l'appui de l'origine cérébrale de la chorée.

GEORGES THIBIERGE.

Ein Fall von congenitalem Mangel des Musculus pectoralis major und minor mit Flughatbildung, par A. ZIMMERMANN (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n°* 10, *p.* 358, 15 *mai* 1893).

Zimmermann a réuni 33 cas, déjà publiés, d'absence congénitale, partielle ou totale, des muscles de la paroi antérieure du thorax ; il en relate un nouveau, qui n'a d'autres analogues que les deux cas de Bruns (*Forstchritte der Medicin* VIII n° 1, 1890), et de Benario (*Berlin. klin. Woch.* 1890, n° 10), parce qu'à l'absence de certains muscles, s'ajoute la présence d'une membrane cutanée, d'une sorte d'aileron membraneux formant du côté droit, mal formé, le bord antérieur de l'aisselle. Cette membrane qui relie le thorax au bras s'étend de la quatrième côte au voisinage du pli du coude, en se retrécissant peu à peu ; elle constitue un triangle ayant une base de 25 centimètres et une hauteur de 7. A la palpation on reconnaît qu'il ne s'agit pas d'une simple duplicature des téguments, mais bien d'une membrane tendineuse qui ne gêne d'ailleurs nullement les mouvements d'élévation du bras et ne se contracte pas du tout sous les excitations électriques. Les autres particularités du cas de Zimmermann sont : l'absence complète des deux pectoraux droits ; le développement rudimentaire du grand dentelé antérieur correspondant ; la dystrophie de la totalité du membre supérieur droit ; le niveau bas et le peu de développement du mamelon ; enfin, la pénurie du tissu adipeux et des poils de ce côté du thorax. Ni du côté paternel, ni du côté maternel, il n'existe de malformations semblables.

Sur 34 cas on en constate 25 où les anomalies musculaires siégeaient du côté droit ; 4 fois elles se trouvaient du côté gauche et une fois des deux côtés. La combinaison la plus commune (11 fois sur 34) est l'absence de la portion sternocostale du grand pectoral jointe à l'absence du petit pectoral ; viennent ensuite par ordre de fréquence : l'absence seule de la portion sternocostale du grand pectoral (6 cas) et l'absence totale des deux pectoraux (6 cas) ; puis l'absence seule de la portion claviculaire du grand pectoral (5 cas), l'absence isolée du petit pectoral (3 cas); enfin, celle du grand dentelé antérieur seul (1 cas) ; d'autre part, on n'a noté que 2 fois l'absence totale de ces 3 muscles.

Zimmermann fait remarquer que c'est à tort qu'on exempte du service militaire les individus offrant pareille malformation, car ils sont aptes aux travaux les plus pénibles ; le sien cultivait avec succès la vélocipédie, la gymnastique et la natation.

L'étude du rôle respiratoire des intercostaux, pratiquée sur cet

homme, n'a fait que confirmer les faits connus : durant l'inspiration, dépression et dilatation des espaces intercostaux, soulèvement des côtes inférieures ; phénomènes inverses pendant l'expiration ; durant l'inspiration forcée, la dépression des espaces intercostaux est remplacée finalement par leur voussure. J. B.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Ligature der Krangarterien des Herzens (Résultats de la ligature des coronaires)' par MICHAELIS (*Zeitstch. f. klin. Med., XXIV, p.* 270).

Avec Cohnheim, M. admet que la ligature des coronaires faite sur le chien amène au bout d'environ 2 minutes un arrêt subit du cœur entraînant fatalement la mort. Ce résultat n'est dû ni à la perte de sang, ni au refroidissement du cœur au cours de l'opération. La mort survient plus lentement quand l'hémorragie et le refroidissement sont considérables. Chez le lapin les résultats sont un peu différents. Le massage du cœur peut ramener les mouvements, ce qui n'arrive jamais chez le chien. Les artères du cœur du chien offrent des anastomoses.

La ligature des veines a une action beaucoup moindre. Au bout d'une demi-heure seulement apparaissent des irrégularités. En effet les foramina thebesii ouvrent une voie directe au sang veineux vers les cavités du cœur.

Contrairement à l'opinion de Cohnheim, M. croit que la ligature des artères coronaires peut provoquer l'œdème du poumon. Cet œdème apparaît à l'état d'ébauche chez le chien, un peu plus accentué chez le lapin. A. F. PLICQUE.

Expériences sur l'influence de l'absorption d'extraits thyroïdiens sur la tétanie strumiprive des chiens, par HERZEN (*Revue méd. Suisse romande, XIII, p.* 448, *juillet* 1893).

La tétanie des chiens thyroïdectomisés est infailliblement mortelle. Dans 3 cas, l'injection sous-cutanée d'extrait glycériné de thyroïdes de bœuf, de mouton et de porc n'a paru exercer aucune influence sur les accidents, sans doute parce que la quantité de suc thyroïdien introduite de cette manière est trop faible. En effet les résultats ont été meilleurs quand le suc thyroïdien a été absorbé en grande quantité par l'estomac ou le rectum.

1re *Expérience* : Un chien subit la thyroïdectomie complète ; le soir même on lui donne un lavement d'extrait aqueux de quelques thyroïdes de bœuf hachées. Le lendemain, il va bien ; le soir, nouveau lavement; Le 3e jour, quelques secousses musculaires suivies plus tard d'un accès convulsif d'une violence telle qu'on croit l'animal perdu ; à la suite du

lavement, l'accès se dissipe. Le 4e jour, tremblement musculaire, quelques secousses du diaphragme, refus de manger ou de boire; le soir, claquement de dents, menace d'accès, lavement. 5e jour, léger accès coupé par un lavement repété le soir. Du 6e au 10e jour, état normal sans lavements. Le 11e jour, tristesse, abattement; puis tremblement, secousses et enfin convulsions violentes; mort en plein accès.

2e *Expérience* : Même opération sur un autre chien. Pendant les 14 premiers jours, aucun trouble. Le 15e jour, tristesse, abattement; le 16e, vibrations, tremblements secousses, légères convulsions. Après avoir mangé 4 thyroïdes de bœuf les accidents se dissipent. Du 17e au 28e jour, santé parfaite. Le 32e jour, après 3 jours d'absence, on retrouve l'animal très malade; fortes secousses, raideur des 4 extrémités; refus de manger; boit souvent de l'eau mais avec peine. Va mieux après avoir mangé quelques thyroïdes hachées. Le lendemain, tristesse, abattement sans tremblements. Emaciation et faiblesse. N'accepte que quelques thyroïdes hachées mais en rejette une bonne partie. Le 34e jour, mange un peu de thyroïdes mais rejette tout. Le 35e jour, accès épileptiforme extrêmement violent. Lavement qui n'empêche pas un nouvel accès d'abord clonique puis tonique. Mort. J. B.

Sur l'influence des hémoptysies sur les processus pulmonaires, par GLUZINSKI (*Przeglad lekarski*, 27 *juin*, 1er *et* 8 *juillet* 1893).

Gl. injecte dans la trachée, à 6 chiens et à 16 lapins, 5 à 20 centimètres cubes de leur propre sang pris dans l'artère carotide, puis il tue les animaux par le chloroforme à des intervalles de 1 heure à 3 semaines après l'opération, pour examiner les lésions histologiques survenues dans le poumon par suite de l'épanchement du sang. En procédant de cette manière, Gl. s'est assuré que même du sang normal injecté dans un poumon sain n'est pas inoffensif pour le parenchyme pulmonaire, contrairement à l'opinion de Perl, Lippmann et Nothnagel. Le parenchyme pulmonaire réagit dès les premières 24 heures par une desquamation de l'épithélium alvéolaire et de celui des bronchioles, desquamation s'accentuant les jours suivants; parfois aussi par de la péribronchite. Vers le 6e jour, à l'endroit de l'épanchement il se produit de l'atélectasie avec épaississement du tissu interalvéolaire. La bronchite et péribronchite peuvent passer en pneumonie desquamative de Buhl. Toutes ces lésions présentent un excellent terrain pour l'évolution des processus chroniques, en particulier de la tuberculose.

Dans les cas où le poumon a été préalablement lésé, la résorption des hématies dans les alvéoles est très retardée; l'hémoptysie aura donc, dans ces cas, des conséquences encore plus funestes. H. FRENKEL.

Sulle alterazioni dei reni e del fegato, conseguenti alla legatura del dotto coledoco, par G. ALONZO (*La Riforma medica*, *p.* 613, 625 *et* 637, 1er, 2 *et* 4 *septembre* 1893).

Chez les animaux, la ligature du cholédoque provoque des foyers de destruction dans le foie et des altérations dégénératives disséminées dans tout l'organe; chez le chien, ces foyers apparaissent plus tardive-

ment que chez les autres animaux. Les cellules hépatiques subissent la dégénérescence graisseuse ou la vacuolisation. Chez le chien, on voit se développer également du tissu conjonctif, en partie à cause de l'inflammation partant du point lié, en grande partie aussi à cause des lésions dégénératives et destructives et des troubles circulatoires qui se produisent dans le foie.

L'élimination de la bile par les reins provoque des lésions rénales qui peuvent être pour l'animal l'origine d'auto-intoxications; ces lésions débutent par les tubuli et aboutissent beaucoup plus tard à une néoformation conjonctive.

Les animaux qui ont subi la ligature du canal cholédoque ne vivent jamais longtemps; les cas rares de longue survivance tiennent au rétablissement d'un léger degré de perméabilité, malgré lequel l'ictère persiste parce que la quantité de bile qui peut passer est très faible.

Chez l'homme, on voit également la cholémie et l'acholie aboutir rapidement à l'urémie. GEORGES THIBIERGE.

Versuche über die Beziehungen zwischen Blase..... (Essais sur les relations entre la vessie, les uretères et le bassinet), par L. LEWIN et H. GOLDSCHMIDT (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol.*, *CXXXIV*, 1).

De nombreuses expériences faites sur le lapin prouvèrent que le reflux de l'urine dans les uretères est possible chez le lapin *vivant*. Les liquides dont on se servit le plus souvent pour injecter la vessie furent le lait, le bleu de méthylène ou une solution de fuchsine. Un premier fait à noter, c'est que l'injection ne remonte jamais dans les uretères du lapin *mort*, même lorsqu'on remplit la vessie au plus haut degré. Quand, au contraire, on fait pénétrer l'un de ces liquides, ou de l'air, au moyen d'un irrigateur, dans la vessie d'un lapin préalablement chloroformé, le liquide passe dans les uretères et le bassinet (40 expériences environ)

Dans le cas où la vessie est dilatée outre mesure, le reflux du liquide ne se fait plus dans les uretères.

En appliquant les doigts sur les côtés de la vessie bien contractée sur son contenu liquide ou gazeux, on peut arriver à faire pénétrer par pression ce dernier dans les uretères. Mais la pression seule, même énergique, ne suffit pas pour faire passer le contenu vésical dans les uretères.

En effet, une série d'essais démontrèrent qu'en profitant du moment où les contractions péristaltiques de l'uretère poussent le contenu uretéral dans la vessie et ouvrent l'orifice uretéral, on peut aisément faire refluer le liquide de la vessie dans l'uretère.

Lorsqu'on fait pénétrer une injection dans la vessie, on observe dans l'uretère des mouvements antipéristaltiques qui coïncident avec le reflux du contenu vésical jusque dans l'uretère.

Dès qu'on fait pénétrer de l'urine dans l'uretère, celui-ci se contracte. Il suffit de comprimer le rein pour voir l'uretère se contracter; parfois même l'expérience réussit après la mort de l'animal. D'autre part, en faisant refluer du liquide depuis la vessie jusque dans l'uretère, on provoque des mouvements antipéristaltiques dans ce dernier.

En résumé, en injectant du liquide ou du gaz dans la vessie, ou bien à la suite de rétention artificielle, on peut en provoquer le reflux dans l'ure-

tère et le bassinet. La présence du liquide dans l'uretère détermine des mouvements péristaltiques et antipéristaltiques qu'on doit regarder comme anormaux. Ces faits donnent la clé d'une série de symptômes qui surviennent dans les maladies des voies urinaires. ÉD. RETTERER.

Diabetes mellitus pancreaticus, par SCHADAB (*Zeitschr. f. klin. Med.*, *XXIV*, *p.* 108).

A l'autopsie d'un malade de 22 ans mort, après plusieurs années de diabète, à la suite de complications dysentériques, S. trouva le pancréas compact 3 à 4 fois plus petit que le pancréas normal. A la coupe après coloration l'inégalité de la coloration suffit à faire pressentir à l'œil nu des lésions en îlots. Par places les cellules sont pleines de gros grains de pigment jaunâtre. Beaucoup de cellules offrant ou non la dégénérescence pigmentaire sont atrophiées, irrégulières, sans noyau. Prolifération considérable du tissu conjonctif.

S. a entrepris une série d'expériences sur le chien. Quand l'extirpation du pancréas n'est que partielle la quantité de sucre dans le sang n'augmente pas et diminue plutôt par la ligature des uretères. Elle n'augmente pas non plus après l'empoisonnement par la phloridzine. Quand l'ablation du pancréas est totale, la ligature des uretères double la quantité de sucre de sang en 3 heures, la sextuple en 6 heures.

Le pancréas détruit donc le sucre de l'organisme et régularise la teneur en sucre du sang. A.-F. PLICQUE.

Quelques faits relatifs à la pathogénie du diabète pancréatique, par HÉDON (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 5).

Les études expérimentales confirment, chaque jour, la réalité du diabète pancréatique. L'extirpation totale de la glande entraîne constamment la glycosurie. Cependant celle-ci n'apparaît, dans quelques cas, que si l'animal consomme une proportion normale d'hydrates de carbone.

L'ablation de la tête du pancréas, faite de manière à empêcher toute sécrétion digestive, n'est pas suivie de glycosurie, ou seulement d'une glycosurie passagère, comme celle que provoque tout traumatisme portant sur le pancréas. L'extirpation ultérieure de la queue de la glande amène aussitôt l'apparition d'une glycosurie intense et durable.

Si l'on a fait une greffe sous-cutanée d'une portion du pancréas, la glycosurie ne se montre pas après l'extirpation de la portion restante intra-abdominale, mais suit rapidement l'ablation de la greffe. GIRODE.

Der Stoffwechsel im Fieber (Échanges nutritifs pendant la fièvre), par Richard MAY (*Zeits. f. Biol.*, *XXX*, *p.* 1, 1893).

Introduction historique détaillée. Nombreux dosages respiratoires, analyses d'urine, dosages de glycogène, etc., chez des lapins avant et après l'infection par le microbe du rouget du porc. Conclusions :

1° La fièvre exagère la production de chaleur, par augmentation de la désassimilation des albuminoïdes (animaux à jeun).

2° La désassimilation des albuminoïdes pendant la fièvre peut être diminuée par l'ingestion d'hydrocarbonés.

3° Pendant la fièvre le glycogène disparaît plus rapidement qu'à la température normale de l'animal.

4° Pendant la fièvre la proportion de carbone par rapport à celle d'azote est augmentée dans les urines.

5° L'augmentation de la destruction des albuminoïdes pendant la fièvre est provoquée parce que l'organisme fébricitant a besoin d'une plus grande quantité d'hydro-carbonés. Dans tous les cas la dégénérescence des éléments cellulaires ne contribue pas d'une façon notable à l'augmentation de l'azote urinaire. LÉON FREDERICQ.

Ueber Implantation von frischem Krebsgewebe in das Kaninchenhirn (De l'implantation de tissus cancéreux frais dans le cerveau de lapins), par W. KOPFSTEIN (*Wiener med. Wochens.*, nos 29 *et* 30, 1893).

Lorsqu'on opère aseptiquement, ce n'est pas seulement dans le cerveau de lapins, mais aussi dans le cerveau et les autres organes (foie) des divers animaux que l'on peut implanter des tissus cancéreux. Les animaux ne succombent pas rapidement après et ne sont intoxiqués par aucune substance toxique produite par les cellules cancéreuses. Si la mort survient peu après l'opération, elle résulte d'une faute d'asepsie.

Quant aux propriétés toxiques du carcinome qu'a décrites Adamkiewicz, elles ne sont pas autre chose que le résultat d'une infection bactérienne. Ce n'est pas la cancroïne, mais l'encéphalite que tue les lapins dans les expériences en question. LEFLAIVE.

Ueber die Zerlegung des Wasserstoffssuperoxydes..... (Sur la décomposition de l'eau oxygénée par les cellules, avec des remarques sur une réaction macroscopique pour les bactéries), par A. GOTTSTEIN (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol.*, *CXXXIII*, 2).

Gottstein a soumis du sang, de la levûre de bière, des cellules du pus, pendant des journées entières à l'action des antiseptiques (sels, alcool, éther, dérivés benzoïques, huiles éthérées, etc.). Ces substances détruisent la cellule en tant qu'élément capable de se reproduire dans la suite; mais elles ne lui enlèvent pas la faculté de chasser par son contact l'oxygène de l'eau oxygénée.

Les alcaloïdes, tels que la morphine et la quinine, ainsi que la cocaïne, qui est un poison pour le protoplasma, se comportent à cet égard comme les antiseptiques.

En un mot, si *la cellule chasse l'oxygène de l'eau oxygénée, ce n'est pas parce qu'elle est vivante.*

En préparant de la nucléine à l'aide de la levûre de bière, on voit que cette nucléine dédouble l'eau oxygénée avec la même intensité que la levûre de bière fraîche. De plus, ce n'est pas là un simple fait de contact de la poudre sèche de nucléine, puisqu'il suffit de chauffer la nucléine pour la priver, tout en la conservant en poudre, de cette faculté de chasser l'oxygène de l'eau oxygénée. C'est donc à la nucléine que la cellule doit cette propriété.

Les bactéries vivantes, desséchées ou tuées par les antiseptiques, produisent un dédoublement aussi énergique de l'eau oxygénée que le fait

la levûre de bière. Ceci montre que les bactéries sont constituées par une substance de constitution chimique analogue à la nucléine des cellules animales et végétales.

En mélangeant de l'eau filtrée à de l'eau oxygénée, on voit que le dégagement de l'oxygène est proportionnel à la quantité de bactéries que renferme cette eau. Lorsque le filtre est bon, l'eau filtrée ne renferme plus, par centimètre cube, que 50 ou 100 germes de bactéries : dans ces conditions, l'oxygène n'est pas chassé de l'eau oxygénée. Dès que l'eau contient 1,000 germes par centimètre cube, elle dédouble l'eau oxygénée. D'où cette conclusion pratique : quand une eau filtrée dédouble l'eau oxygénée, cela prouve que le filtre ne fonctionne plus. ÉD. RETTERER.

La chemiotassi in oapporto alla composizione..... (La chimiotaxie par rapport à la composition des liquides de culture des bactéries), par CAPPELLI (*Lo Sperimentale, mem. originali, p.* 187, 1893).

L'action chimiotactique positive exercée par le bacillus coli communis sur le vibrio Metschnikovii, et par le staphylococcus pyogenes aureus, sur les leucocytes du lapin, devient beaucoup moins intense, quand le bacille et le staphylocoque ont végété dans des milieux nutritifs, contenant de la lactose et de la glycose. Cette diminution de chimiotaxie ne dépend pas (au moins pour le bactérium coli communis) de la présence dans le milieu nutritif de la lactose ou des produits directs ou indirects des échanges nutritifs de la bactérie; elle semble provenir de modifications chimiques plus intimes, survenues dans le protoplasma cellulaire bactérien, par suite de la présence de la lactose dans le milieu nutritif. Peut-être est-ce là la cause pour laquelle, comme l'a vu Bujwid, les staphylocoques cultivés dans un milieu contenant de la glycose, déploient une action pathogène plus intense. LUZET.

Sur les infections mixtes chez les tuberculeux, par M. JAKOWSKI (*Gazeta lekarska, 21 octobre* 1893).

L'auteur a cultivé le sang de 9 malades au moment de la fièvre et a trouvé dans 7 des microbes pyogènes. Le staphylococcus aureus a été trouvé deux fois seul et trois fois associé à d'autres agents pyogènes, à savoir : deux fois associé au staphylocoque blanc et une fois associé au streptocoque. Le streptocoque a été trouvé deux fois, dont une fois avec le staphylocoque doré. L'examen des crachats concordait avec l'examen du sang trois fois : dans deux cas, ce sont les streptocoques qui existaient dans le sang et dans les crachats ; dans le troisième, les staphylocoques. Les crachats présentaient en même temps des bacilles tuberculeux et des fibres élastiques. H. FRENKEL.

Sur les abcès tuberculeux expérimentaux, par GILBERT (3e *Cong. tuberc., et Mercredi méd., 9 août* 1893).

Les inoculations du bacille tuberculeux aviaire au cobaye laissent ordinairement le foie indemne. Cependant, il peut quelquefois être altéré et l'on note soit des nodules fibreux, soit des granulations, soit l'abcès hépatique enkysté, dont Gilbert rapporte trois observations. L'examen

microscopique a décélé la nature fibreuse de la paroi et un très petit nombre de bacilles de Koch dans le pus. D'après ces faits, qui confirment des recherches antérieures, le bacille aviaire est peu virulent pour le cobaye, contrairement au bacille humain ; en un mot, les tubercules, dont le foie est le siège, ont une tendance très marquée vers l'évolution fibreuse (granulation, cirrhose tnberculeuse). OZENNE.

Experimentelle Untersuchungen über die Einfluss der Laparot. auf die Bauchfell-tuberculose des Thiere (Sur l'influence de la laparotomie sur la tuberculose péritonéale des animaux), par **P. KIRCHENSKY** (*Centralbl. f. pathol. Anat. u. allg. Path.*, n° 21, 15 *novembre* 1893).

Les moyens antiseptiques ne jouent aucun rôle essentiel dans le processus de guérison de la tuberculose péritonéale consécutive à la laparotomie. Les formes sèches (sans exsudat) peuvent guérir ainsi : il ne faut donc pas attribuer la guérison post-opératoire à l'enlèvement de l'exsudat.

Dans le processus de régression des produits tuberculeux du péritoine, les phénomènes réactionnels ont un certain rôle : l'infiltration par des cellules rondes, la phagocytose et la prolifération active du tissu conjonctif ont leur importance. Grâce à ces processus, les éléments spécifiques dégénèrent et sont résorbés.

L'examen microscopique des néoformations tuberculeuses du péritoine chez des animaux de contrôle et dans les fragments excisés au cours de la laparotomie montre un faible processus inflammatoire autour des tubercules, infiniment moins marqué que chez les animaux laparatomisés. Le processus réactionnel faible de lui-même, mais préexistant, s'exagère vivement du fait de l'opération (influence de l'air, des instruments, des mains de l'opérateur). Pour apprécier le rôle de l'air, l'auteur a injecté de l'air dans le péritoine et semble avoir obtenu de bons résultats. PAUL TISSIER.

I. — **Zur Aetiologie peritonealer Adhaesionen nach Laparatomien und deren Verhütung.....**, par **M. WALTHARD** (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 15, *p.* 513, 1er *août* 1893).

II. — **Discussion de la Société médico-pharmaceutique de Berne** (*Ibid.*, n° 17, *p.* 588, 1er *septembre* 1893).

I. — De laparatomies entreprises sur chats et lapins pour étudier le mécanisme de formation des adhérences péritonéales à la suite d'opérations aseptiques, Walthard tire les conclusions suivantes : le contact prolongé de l'air atmosphérique avec la séreuse normale de la cavité abdominale provoque, en desséchant cette membrane, la mortification de ses couches superficielles de cellules, lésion qui, même dans des conditions d'asepsie rigoureuses, doit être envisagée comme le facteur étiologique des adhérences péritonéales.

On doit donc renoncer en principe à l'asepsie sèche et à la méthode habituelle de toilette de la cavité abdominale, consistant à assécher et à essuyer le péritoine. On lui substituera, surtout en cas d'opérations longues, l'asepsie humide, méthode en vertu de laquelle on protégera

non seulement le champ opératoire contre l'infection, mais aussi la séreuse contre sa dessication par le contact de l'air. Le sang et les autres fluides épanchés dans la cavité péritonéale, au lieu d'être étanchés, seront entraînés par des lavages avec un liquide inoffensif porté à la température de 38°.

II. — Peter Müller fait remarquer que dans les torsions de pédicules de kystes, malgré l'exclusion complète de l'air, on observe des adhérences colossales. Certaines manipulations violentes, en lésant l'épithélium intestinal ou en provoquant des paralysies locales, peuvent aussi donner lieu à la formation d'adhérences.

Tavel confirme la manière de voir de Müller. Si l'on injecte dans la cavité abdominale des matières fécales stérilisées, qui ne peuvent agir que mécaniquement, on détermine des adhérences localisées sans trace de péritonite infectieuse. L'irritation mécanique du péritoine joue donc un grand rôle dans la genèse des adhérences. Tavel, en dehors de l'accès de l'air, signale encore les causes suivantes d'adhérences péritonéales : 1° les causes infectieuses démontrées cliniquement et expérimentalement ; 2° les causes chimiques. Ces dernières ont une grande importance dans le volvulus et la pérityphlite où la filtration du contenu de l'intestin à travers les parois intestinales donne naissance, sans aucun concours microbien, à une péritonite locale et à la formation d'adhérences. La même chose s'observe dans les torsions de pédicules par transsudation du contenu du kyste. Les adhérences péritonéales consécutives à l'emploi d'antiseptiques énergiques, sont aussi de même nature.

Depuis que Tavel emploie les antiseptiques humides, il n'a plus noté les adhérences qu'il voyait avec les antiseptiques secs ; ses observations cliniques concordent donc parfaitement avec les résultats expérimentaux de Walthard. J. B.

Sulla presenza dei diplococchi..... (De la présence des diplocoques lancéolés capsulés dans le sang des pneumoniques), par CASATI (*Lo Sperimentale, Mem. originali, p.* 206, 1893).

Après avoir examiné le sang de dix pneumoniques, l'auteur conclut que, dans toutes les pneumonies, la présence du diplocoque dans le sang est constante ; on ne peut donc pas appeler maladie locale la pneumonie fibrineuse de l'homme. Les pneumocoques se trouvent dans le sang dès le second jour de la maladie. La technique employée était l'inoculation du sang pneumonique à des lapins. C. LUZET.

De la réaction acide des cultures du pneumocoque, par WURTZ et MOSNY (*Soc. de biol.*, 27 *janvier* 1894).

Le milieu de culture primitivement neutre ou alcalin devient acide. L'acidité diminue par l'ébullition, preuve de l'existence d'acides volatils ; on décèle l'acide formique, entre autres. Ces acides sont capables d'entraver, à eux seuls, le développement du pneumocoque. En effet, si l'on additionne le bouillon de quelques décigrammes de carbonate de chaux, le pneumocoque, au lieu de vivre 5 à 6 jours, vit 6 mois ou davantage comme tout autre microbe pathogène. DASTRE.

Lésions des capsules surrénales dans l'infection pneumo-bacillaire, par ROGER (*Soc. de biol.*, 27 *janvier* 1894).

Chez les cobayes inoculés avec le pneumo-bacille de Friedländer, on constate dans les cas d'infection suraiguë une hémorragie diffuse des capsules surrénales occupant presque toute la glande et amenant mécaniquement la destruction des cellules. DASTRE.

Die Aetiologie der Influenza, par R. PFEIFFER (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt.*, *XIII*, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 14, *p.* 636, 15 *juillet* 1893).

La confusion du bacille de la grippe avec un diplocoque s'explique par ses extrémités arrondies, surtout quand ces bacilles, immédiatement après leur division terminée, sont encore très courts et adhérents entre eux ou quand, faiblement coloriés, leurs pôles terminaux sont plus apparents que leur milieu. Le bacille grippal ne se colore pas par le traitement de Gram; il n'a ni capsule, ni mouvement propre; c'est un aérobie exclusif, caractérisé par le fait qu'il ne se développe que sur de l'agar enduite de sang et placée à l'étuve. C'est l'hémoglobine des hématies, sans doute à cause de sa teneur en fer, et non le sérum sanguin qui joue le rôle actif dans le milieu nourricier. Pfeiffer reconnaît maintenant que les colonies, toujours claires comme de l'eau et remarquablement transparentes, n'ont qu'une faible tendance à confluer, et qu'alors même qu'elles se réunissent, on s'aperçoit qu'elles sont composées.

La température maximum de développement est de 42°, au minimum 26 ou 27° C. Le bacille de la grippe succombe en vingt-quatre heures dans l'eau stérilisée, tandis qu'il se conserve de quatorze à dix-huit jours dans le bouillon de viande et sur l'agar ensanglantée, que ce soit à la température de l'étuve ou à celle de la chambre. Très sensible à la dessication, il ne résiste qu'une heure ou deux à la température de 37°, périt le plus souvent à la température ordinaire au bout de huit heures, en tout cas au bout de vingt, et en quelques minutes à celle de 60°.

Il résulte de ces propriétés du bacille grippal qu'il ne peut se développer qu'à l'intérieur du corps humain, ni dans l'eau ni dans le sol et que sa transmission s'effectue principalement par les sécrétions fraîches et humides des muqueuses nasale et trachéale.

Pfeiffer n'a pas réussi plus que précédemment à cultiver son bacille aux dépens du sang des grippés; il a pu en faire quelques rares cultures de la rate et des reins. Sur des coupes, il n'a vu que deux fois quelques bacilles à l'intérieur des veines, soit libres, soit dans des globules blancs. Sur les préparations de sang de Canon, il a bien vu des bacilles très semblables, mais il en met en doute l'identité parce que les cultures de sang de Canon ne donnent lieu à aucune végétation ou produisent d'autres microorganismes que le bacille de la grippe. Il maintient en conséquence son assertion antérieure que, comme l'érysipélocoque, le bacille grippal ne se rencontre qu'exceptionnellement dans le sang et que les phénomènes morbides de la grippe sont le résultat d'une intoxication. Les expériences sur les singes et les lapins viennent à l'appui de cette manière de voir: une petite quantité de culture introduite dans le nez, les voies respiratoires, les poumons ou les veines, provoque de la dyspnée,

de la faiblesse musculaire et de la fièvre ; une quantité plus forte entraîne rapidement la mort au milieu d'un affaiblissement croissant et d'un abaissement singulier de la température. Les cultures tuées par le chloroforme ont mêmes effets.

Dans 3 cas de bronchopneumonie chez des enfants diphtéritiques, Pfeiffer a trouvé des bacilles très analogues à ceux de la grippe, quant à leur configuration et à leur croissance, mais s'en distinguant aisément par leur taille plus considérable et la propension à former des pseudo-filaments.

Pfeiffer n'a pas eu occasion de faire d'examen bactérioscopique dans les formes gastrique et nerveuse de la grippe. Dans l'otite moyenne consécutive à la grippe, il a vu le bacille grippal à côté du diplocoque de Fraenkel dans le pus de la caisse tympanique, tandis que dans la méningite et la pleurésie purulente qui compliquaient la grippe, il n'a aperçu que le diplocoque de Fraenkel seulement (*R. S. M.*, XLI, 493 ; XLII, 79).

J. B.

L'immunità sperimentale nell' influenza, par A. BRUSCHETTINI (*La Riforma medica*, *p.* 145, 17 *juillet* 1893).

Le lapin peut être vacciné assez facilement contre les cultures du bacille de l'influenza, en employant les cultures dans le sang filtrées ; le sérum des animaux ainsi vaccinés acquiert le pouvoir bactéricide et aussi un fort pouvoir antitoxique ; il peut, en outre, posséder la propriété de conférer aux autres animaux l'immunité contre l'infection et l'intoxication par le bacille de l'influenza: il suffit pour cela d'injecter 1/42 de centimètre cube de ce sérum par kilogramme de poids du corps de l'animal ; ce sérum a une action curative marquée, il abaisse la température fébrile et préserve de la mort même des lapins qui présentent depuis 48 heures la forme la plus grave de l'infection déterminée par l'injection dans la trachée de cultures du bacille de l'influenza. GEORGES THIBIERGE.

Bacillus pyocyaneus pericarditis, par Harold ERNST (*The Amer. j. of the med. sc.*, *p.* 396, *octobre* 1893).

J. E. H., 47 ans, atteint de pneumonie huit ans auparavant, il y a trois ans de malaria qui depuis n'a pas reparu, présente les signes d'un épanchement au niveau du cœur. On fait en un mois 4 ponctions du péricarde 3 fois dans le 5e, une fois dans le 6e espace. Par la ponction, on retire à peu près une pinte de liquide jaunâtre dans lequel Councilman trouve les bacilles de Koch et aussi un autre bacille nouveau qui liquéfie la gélatine, que l'auteur reconnaît pour le B. pyocyaneus pericarditidis et qu'il différencie de ceux qui peuvent lui être comparés par les caractères suivants :

Macroscopiquement. — Dans les cultures plates, la gélatine prend une teinte bleu verdâtre, vue à la lumière réfléchie et distincte de la teinte vert jaunâtre donnée par les autres microbes. L'éclat humide et métallique des colonies jeunes et la couleur verdâtre à la lumière réfléchie des anciennes cultures sur agar, les distinguent de l'élevure des jeunes colonies et la couleur brune à la lumière réfléchie, des anciennes colonies des autres microbes.

La couleur verte des colonies dans des solutions peptonisées plus ou moins est distincte de la couleur bleue donnée par d'autres bactéries. Enfin, ils

possèdent une très grande et très rapide réaction dans la gélatine et les bouillons ; une teinte rouge par les acides et vert gazon par les alcalins.

Microscopiquement, ils présentent une grande variabilité d'aspect, imperceptibles dans la gélatine, longs, et en baguettes minces dans les peptones et contrastant avec d'autres microbes ovales. Dans les autres milieux, ils se présentent généralement comme un long bâtonnet, facile à retrouver et qu'on pourrait mesurer. On peut le voir dans les préparations à l'albumine de l'œuf, le bouillon, le sérum sanguin et la pomme de terre. Sur gélatine et sur agar il n'y a pas de différence sensible. F. VERCHÈRE.

Action de la lumière sur le bacille diphtérique, par LEDOUX-LEBARD (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 5).

L'action de la lumière diffuse n'empêche pas le développement des cultures de diphtérie, soit à 33-35°, soit à la température ordinaire. La lumière du soleil arrête ce développement et stérilise les bouillons de culture en quelques jours.

La lumière diffuse a un pouvoir bactéricide nul, à l'égard des bacilles diphtériques en dilution dans du bouillon neutralisé, grand, au contraire, à l'égard des bacilles en dilution dans l'eau distillée. Dans ce dernier cas, l'eau distillée agit dans le même sens que la lumière. La destruction des bacilles est la résultante de ces deux actions concordantes.

La lumière diffuse tue les cultures sèches de diphtérie étalées en couches minces, en moins de deux jours. La lumière directe du soleil agit de la même manière, mais avec plus de rapidité.

Le pouvoir bactéricide de la lumière à l'égard du bacille diphtérique est dû presque exclusivement aux rayons les plus réfringents du spectre. Les rayons les moins réfringents ont une action presque nulle.

En vertu de ces particularités, la lumière joue le rôle d'un véritable agent prophylactique contre la diphtérie. Ce qui l'empêche d'agir à fond sur les membranes diphtériques, c'est qu'elle n'arrive aux bacilles des couches centrales qu'après avoir perdu tout ou partie de son intensité.

La lumière peut être utilisée dans la désinfection des locaux contaminés par la diphtérie, mais seulement à titre d'adjuvant. GIRODE.

Note sur un cas de diphtérie atténuée, par MARTHA (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 5).

Un malade est atteint, dans un milieu épidémique, d'une diphtérie post-scarlatineuse qu'on reconnaît être due au bacille de Löffler. Pendant la maladie et la convalescence, il fait usage fréquemment d'un gargarisme phéniqué au centième. Or, deux mois après la terminaison de la diphtérie, l'exploration de la gorge permet de recueillir du bacille diphtérique. Ce bacille présente au microscope et dans les cultures des caractères identiques au bacille de Löffler ; il en diffère seulement en ce que ses cultures injectées aux animaux n'entraînent pas la mort, mais produisent seulement une induration locale curable. Il s'agit donc du bacille de la diphtérie atténuée. Ici, la substitution du bacille atténué au bacille virulent se fait sur le même sujet, probablement grâce au traitement phéniqué. On en peut aisément conclure qu'il s'agit d'une même espèce, et que, dans le cas particulier, ce bacille atténué pouvait, dans des conditions d'ailleurs mal déterminées, redevenir virulent et entraîner de nouvelles contagions. GIRODE.

Recherches expérimentales sur l'immunisation contre la diphtérie, par KOUDREVETZKY (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 5).

Lorsqu'un chien ou un lapin a été intoxiqué par une forte dose de poison diphtérique, son sérum, recueilli peu de temps après l'injection, se montre toxique pour les cobayes qu'il tue de la même manière que les petites doses de poison diphtérique. Les extraits d'organes, au contraire, ne semblent pas contenir de poison spécifique. Si le chien injecté est sacrifié au bout de trente heures, le sérum et les extraits d'organes possèdent des propriétés non plus toxiques mais immunisantes. Si l'on expérimente sur le corps des bacilles diphtériques, pour déterminer la présence éventuelle des substances toxiques ou immunisantes, on obtient des résultats à peu près négatifs. Ni l'eau iodée, ni le liquide de Gram ne peuvent, ajoutés à la toxine diphtérique, en atténuer notablement les propriétés. Il en est de même de l'ozone qui cependant compromet la vitalité des bacilles. Au contraire, l'extrait aqueux de pancréas de chien, le liquide pleurétique des cobayes diphtérisés, ont une action atténuante manifeste sur le poison diphtérique. L'injection de cultures filtrées ou traitées par le trichlorure d'iode est bien supportée par la chèvre; le lait de l'animal ne paraît produire aucune action immunisante; au contraire, son sérum acquiert des propriétés atténuantes progressives, quoiqu'il permette un développement régulier des bacilles diphtériques. GIRODE.

Sulla presenza di batteri patogeni nella saliva di alcuni animali domestici, par R. FIOCCA (*Ann. dell' Intit. d'Igiene sperim. d. R. Univers. di Roma* (*nouv. série*, *II*) *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 9, *p.* 393, 1*er mai* 1893).

Dans les salives du cheval, du chien et du chat, Fiocca a trouvé à plusieurs reprises des staphylocoques : le blanc chez le cheval et le doré chez le chat. Chez ce dernier, en outre, il a fréquemment pu cultiver, à l'état pur, un bacille extrêmement virulent qui, en 24 heures, tuait lapins, cobayes, souris blanches et rats, avec inflammation aiguë des séreuses et des poumons. Fiocca lui a donné le nom de bac. salivarius septicus felis.

La salive du chien contient un bacille absolument identique, mais non pathogène.

Chez le cheval et le chien, outre le bacille du pseudo-œdème malin, on rencontre encore un microbe complètement identique à celui du rouget porcin, mais s'en distinguant par sa virulence moindre, car chez les cobayes et les lapins il ne détermine qu'une irritation locale.

A titre de rencontres plus rares, Fiocca signale enfin la présence du diplocoque de Fraenkel dans la salive du cheval, et celle du bacille banal du côlon dans la bouche de chattes qui allaitent. J. B.

The bacteria of the stomach, par L. GILLESPIE (*The j. of pathol. and bacteriol*, *I*, *n°* 3).

Gillepsie a examiné le contenu de l'estomac chez un certain nombre d'individus sains ou malades et en a isolé 24 microorganismes, parmi lesquels, à côté de microbes non encore connus, se rencontraient le ba-

cille banal du colon, le protée vulgaire, le bacille subtil, un mucor, un aspergillus, etc.

Il a constaté qu'une réaction fortement acide de l'estomac n'entrave pas le développement de certains microbes, quoique pour beaucoup de microorganismes pathogènes cette réaction soit nuisible.

L'acide lactique produit au début de la digestion est le résultat de l'activité de certains microorganismes. J. B.

I.— Das Bacterium coli commune, par Fritz KIESSLING (*Hyg. Rundsch., III, n°* 16, *p.* 734 *et n°* 17, *p.* 765, 15 *août et* 1er *septembre* 1893).

II. — Contribution à l'étude des propriétés biochimiques du bacille d'Eberth et du bacterium coli. Note préliminaire, par VAN ERMENGEM et VAN LAER (*Travaux du Labor. d'hyg. et de bact. de l'Un. de Gand, I, et Hyg. Rundsch., III, n°* 24, *p.* 1122, 15 *décembre* 1893).

III. — Recherches sur le bacille d'Eberth-Gaffky....., 1re partie, par L. RÉMY et E. SUGG (*Idem et ibidem, p.* 1121).

I. — Revue détaillée des travaux se rapportant au bacille banal du côlon, avec un index bibliographique comprenant 229 numéros.

II. — Van Ermengem et Van Laer ajoutent un nouveau caractère différentiel entre le bacille typhoïdique et le bacille du côlon ; celui-ci préfère les sols nourriciers potassiques aux sodiques, tandis que le typhoïdique se développe également bien sur les uns et les autres.

III. — Commes particularités aidant à distinguer le bacille typhoïdique du bacille colique, Rémy et Sugg insistent sur la disposition constante des cils, formant toujours une riche couronne au premier, tandis que dans le bacille d'Escherich, quelle qu'en soit la provenance, les cils sont toujours très clairsemés et difficiles à voir.

Ils n'ont jamais réussi à obtenir dans leurs cultures la transformation réciproque de ces deux bacilles, à l'aide d'antiseptiques ou de la chaleur ; la mobilité qu'acquiert dans ces circonstances le bacille colique cesse dès qu'on le reporte sur un terrain nourricier ordinaire. J. B.

Produits solubles du bacillus coli comminus, leur action sur la grenouille, par ROGER (*Soc. de biol.*, 6 *mai* 1893).

Les toxines produites par le bacillus coli communis déterminent chez la grenouille un empoisonnement à trois périodes ; parésie initiale, hyperexcitabilité médullaire ; paralysie terminale. Elles agissent sur la moelle et accessoirement sur les muscles striés et sur le cœur. DASTRE.

Recherches sur un microbe trouvé dans deux cas d'ictère grave, par RANGLARET et J. MAHEU (*Soc. de biol.*, 30 *décembre* 1893).

Les auteurs ont isolé dans le foie, la rate, le poumon et le rein, un microbe à caractères distincts. Les inoculations ont entraîné la mort des animaux avec atrophie légère des cellules hépatiques. DASTRE.

Pathogénie des abcès du foie, par ZANCAROL (*Revue de chir., n°* 8, *p.* 671, 1893

Zancarol rapporte une série d'expériences faites au laboratoire de l'hôpital grec d'Alexandrie.

L'injection des matières fécales dysentériques avec amœbes du chat dans l'intestin de douze autres chats a donné six fois l'abcès du foie à streptocoques; onze de ces chats ont eu la dysenterie, dont sept avec amœbes dans les évacuations et quatre sans amœbes. Chez aucun de ces chats on n'a rencontré d'amœbes dans l'intestin, tandis que onze fois sur douze on a trouvé des streptocoques dans les tuniques intestinales.

L'injection de pus hépatique, stérile par culture, dans le rectum de sept chats a donné : deux fois abcès du foie, trois fois infiltration purulente, quatre fois dysenterie.

L'injection de culture pure de streptocoques, provenant de la même source, dans l'intestin de deux chats a produit chez le premier une dysenterie qui a guéri au bout de quarante-quatre jours, chez le second, une dysenterie de soixante-sept jours terminée par la mort. A l'autopsie : ulcères du gros intestin, cicatrices et streptocoques dans le poumon et dans le foie.

L'injection dans l'espace ischiorectal de culture pure de streptocoques a donné chez un chat la dysenterie. A l'autopsie, épanchement péritonéal, œdème de l'intestin grêle avec ulcérations. Culture pure de streptocoques dans le sang, le cœur, le péricarde, le foie, le péritoine.

L'injection rectale de matières fécales dysentériques de l'homme avec amœbes a donné : pas d'amœbes dans l'intestin, mais streptocoques dans la rate. Gros intestin congestionné et exfolié.

D'autre part, le pus de huit malades a donné cinq fois du streptocoque dans les cultures. L'examen du sang de trois malades avec abcès du foie a donné trois fois du streptocoque sans aucun signe de pyohémie.

Zancarol conclut de ces expériences que le facteur principal des abcès du foie est le streptocoque et que le streptocoque est aussi l'agent pathogène de la dysenterie. C. WALTHER.

Sur le rôle de la rate dans la fièvre à rechutes, par O.-J. TICTINE (*Mediz. Obozrenie*, n° 18, 1893).

Après avoir extirpé la rate chez des singes, l'auteur leur injectait sous la peau quelques gouttes de sang pris au moment des accès de fièvre récurrente et contenant des spirochætes, de même qu'aux singes non dératés. L'auteur avait soin de faire ses expériences en été, époque à laquelle les singes sont plus résistants. Contrairement aux résultats de Soudakewitch et de Metchnikow, Tictine a constaté que les singes infectés avec du sang contenant des spirochætes peuvent guérir, même sans participation de la rate, et que non seulement ils guérissent, mais acquièrent de l'immunité contre une nouvelle infection spirochætienne. Cependant les singes dératés supportent plus péniblement la fièvre à rechutes que des singes normaux. Mais on ne trouve, dans le sang des singes dératés, aucun signe de phagocytose, ni pendant, ni après les accès fébriles. Les singes qui présentent de l'immunité vis-à-vis de l'infection récurrente, conservent cette immunité même après l'ablation de la rate. H. FRENKEL.

Studio sulla febbre infettiva, par E. CENTANNI (*La Riforma medica, p.* 361 *et* 374, 7 *et* 8 *novembre* 1893).

La fièvre bactérienne est due à une intoxication générale par un poison (pyrotoxine bactérienne) fabriqué dans l'intérieur des bactéries et distinct par ses caractères des poisons bactériens jusqu'ici mieux connus : ptomaïnes, enzymes, toxalbumines. Ce poison est commun à toute la famille des bactéries, car il se rencontre dans les espèces les plus variées, pathogènes ou non pathogènes, et toujours avec les mêmes caractères. Le sérum d'un animal vacciné contre la fièvre donnée par une espèce bacillaire (bacille de l'influenza) exerce également son action antitoxique contre les fièvres infectieuses des bactéries les plus diverses et leur pyrotoxine. Cette action est constante, énergique et durable, et s'exerce sur l'élévation thermique et probablement aussi sur tous les phénomènes toxiques secondaires, préventivement et secondairement. Cette action s'exerce également à distance, rendant pour un certain temps après l'injection les animaux réfractaires aux injections ultérieures de bactéries et de leur produit pyrétogène. GEORGES THIBIERGE.

Recherches sur les hématozaires des oiseaux, par N. SAKHAROFF (*Ann. de l'Institut Pasteur, n°* 12, *décembre* 1893).

Pour étudier les corps à flagelle, S. fixe pendant 2 heures à 115-120°, puis colore pendant 24 heures avec un mélange d'éosine et de violet de méthyle. Les parasites se colorent en bleu, leurs noyaux en rouge ou violet, les hématies en rose ou gris, leurs noyaux en violet noir.

Les corps à flagelles sont d'abord inclus dans les hématies ; la formation de flagelles est due à la sortie des filaments chromatiques du noyau, par trouble de la karyokinèse provoqué par la température et d'autres conditions physico-chimiques.

Dans le sang des corbeaux et des freux, S. a trouvé souvent des leucocytozoaires ; chez le corbeau ce sont des sphères granuleuses à noyau mal limité et peu coloré (par le procédé indiqué), susceptibles parfois de se transformer en corps à flagelles. Ils détruisent les leucocytes en s'attaquant à leur noyau qui devient long et mince entourant le parasite d'une sorte de bande. Il existe encore dans le sang du corbeau d'autres formes parasitaires, rondes, mais non granuleuses. Ces parasites sont des karyophages.

Chez les freux, il y a parfois plusieurs parasites dans un seul leucocyte, dont les noyaux sont bien conservés. On trouve encore des sphères granuleuses, des corpuscules ovales ou fusiformes (à noyau colorable en rouge ou en violet), ce sont les spores des leucocytozoaires. Elles se voient dans les petits leucocytes. Ils ne sont pas karyophages, mais attaquent les hématoblastes dont l'action phagocytaire est insuffisante.

PAUL TISSIER.

A propos des formes à flagella des hématozoaires malariques, par A. LABBÉ (*Soc. de biol.*, 9 *décembre* 1893).

L'auteur maintient ses précédentes conclusions à savoir : Que les formes à flagella n'existent pas normalement dans le sang vivant ; que

leur apparition est déterminée par des causes physico-chimiques en dehors de l'organisme; qu'elles se forment aux dépens de toutes les formes malariques des vertébrés à sang chaud. Ce sont des formes anormales, des formes d'agonie précédant la dégénérescence. DASTRE.

Le pouvoir chimiotaxique sur le bacille du typhus, des produits d'échange de quelques microorganismes des eaux, par A. TRAMBUSTI (*Arch. ital. de biol., XIX, p.* 412, *et Lo Sperimentale, XLVIII*, 1893).

Les produits d'échange des microorganismes des eaux les plus communes ont, pour le bacille du typhus, une action chimiotaxique différente, laquelle, cependant, pour la plus grande partie des microorganismes est négative ou du moins indifférente. Les produits d'échange du bacille du typhus, au contraire, ont constamment une action chimiotaxique négative, ou du moins indifférente pour les autres microorganismes des eaux. L'action chimiotaxique de ces produits d'échange n'est pas en rapport avec le pouvoir toxique qu'ils exercent sur le bacille du typhus.

DASTRE.

Nouvelle contribution à l'étude du rôle du bacterium coli dans les affections de la région ano-rectale, par HARTMANN et LIEFFRING (*Mercredi médical, n°* 11, *p.* 121, 1893).

Dans 4 cas d'hémorroïdes enflammées on a rencontré chaque fois du bactérium coli, 3 fois à l'état pur, 1 fois associé à des staphylocoques. Le bactérium coli semble donc être l'agent pathogène habituel de la phlébite hémorrhoïdaire.

6 abcès de la marge de l'anus ont montré 4 fois ce même microbe; 2 et peut-être 3 fois, il était alors associé au bacille de la tuberculose. Il semble que l'abcès à bactérium coli de la région anale ne soit le plus souvent que le résultat de l'infection secondaire d'un foyer tuberculeux.

LEFLAIVE.

Contribution à l'étude du rôle des bactéries intestinales dans les hernies étranglées, par C.-A. LJUNGGREN (*Nordiskt med. Arkiv, XXV, n°* 33).

L. a examiné bactériologiquement 9 cas de hernies étranglées, et il n'a trouvé de microorganismes que dans 3 bactérium coli, des micrococques et d'autres microbes qui ne purent être reproduits par culture. L. croit que le liquide herniaire ne contient en général pas de bactéries, même avec des lésions considérables de l'intestin. Les bactéries paraissent suivre le point de lésion maximum, le sillon étranglé et ce passage ne constitue pas un processus passif de filtration, mais une croissance active de ces microbes au travers de la paroi intestinale. L. compare les résultats de ses observations avec ceux des travaux antérieurs (Garré, Rovsing, Clado, etc.) A. CARTAZ.

Les vibrions des eaux et l'étiologie du choléra, par SANARELLI (*Ann. de l'Inst. Pasteur, n°* 10, *p.* 693, *octobre* 1893).

La conception morphologique unitaire des vibrions cholériques doit

être abandonnée ; il existe diverses variétés de vibrions morphologiquement distinctes les unes des autres, mais capables de déterminer, chez l'homme et les animaux, le même tableau morbide, cliniquement identique.

Le diagnostic bactériologique du choléra, tel qu'il vient d'être établi dernièrement par Koch, ne correspond ni à l'idée d'un monomorphisme restreint, ni à l'acceptation du polymorphisme des vibrions, parce que, en dehors de toute propriété spécifique, on peut trouver dans les eaux contaminées de n'importe quelle provenance des vibrions pathogènes présentant tous les caractères considérés comme spécifiques pour les vibrions exotiques.

En dehors des vibrions pathogènes absolument analogues aux vibrions de provenance intestinale, il existe dans l'eau un nombre assez grand d'autres variétés non pathogènes, mais qui présentent des points de contact si évidents ave les précédents, qu'on est obligé de les considérer comme des variétés d'origine pathogène, et, par conséquent, capables, dans certaines circonstances, d'acquérir à nouveau leurs propriétés perdues. La présence constante de vibrions pathogènes dans toutes les eaux provenant des égouts démontre la grande importance qu'a la contamination de l'eau dans l'origine et la propagation du choléra.

Entre les vibrions des déjections cholériques et ceux trouvés dans les eaux, il existe des liens étroits sous tous les rapports, et qui rend évidente ou très probable leur origine commune. Les vibrions qui sont virulents dans les eaux ne conservent pas longtemps cette propriété ; peu à peu elle disparaît de même que d'autres propriétés spéciales des vibrions : le pouvoir réducteur des nitrates et la production de l'indol. Bien que les vibrions ne meurent pas, ils s'adaptent à vivre peu à peu dans l'eau, dans laquelle on peut les retrouver et où ils se multiplient à l'état saprophytique.

L'origine des vibrions qu'on trouve dans l'eau est de tous points inconnue, mais il est très possible qu'elle doive être cherchée dans les déjections intestinales de l'homme et peut-être des autres animaux. La présence de vibrions dans les eaux contaminées par les résidus de la vie animale et la présence des vibrions signalés dans le contenu intestinal de l'homme sain justifient en partie la possibilité d'une telle provenance.

PAUL TISSIER.

Weitere Beiträge zur Biologie der Cholera-Bacillen, par UFFELMANN (*Fortschr der Med., XI*, 10, *p.* 400).

Les b. cholériques ont contre le froid une résistance considérable. Ils supportent une température de — 24°,8 même dans la glace exposée à l'air libre, ou dans le sol. Ils ne succombent au froid qu'après un certain temps, dont la durée dépend de l'intensité du froid. Il ne semble pas y avoir de différence à ce sujet entre les b. cholériques provenant de cultures toutes récentes et ceux de vieilles cultures. Dans tous les cas le b. cholérique ne résiste pas plus de 5 jours. C. LUZET.

Thierinfektionsversuche mit Cholerakulturen..... (Infection expérimentale d'animaux avec des cultures cholériques de diverses provenances, leur manière d'être en présence du sérum sanguin de cobayes sains et du sérum du sang humain), par Hans HAMMERL (*Hyg. Rundsch., III, n° 13, p.* 573, 1er *juillet* 1893).

Les cultures de bacilles cholériques provenant de l'épidémie de Duisbourg (1892) offraient les caractères typiques et dans les premières générations les bacilles avaient la forme de virgules ; mais plus tard, ils furent remplacés progressivement par de petites spirilles à 2 ou 3 circonvolutions. Sur agar, il n'était pas rare d'observer à côté d'un enduit plissé, une mort prématurée de ces vibrions. La réaction du rouge cholérique n'a été obtenue qu'après que ces bacilles avaient été cultivés un certain temps sur des milieux nourriciers artificiels. La virulence de ces cultures était relativement faible. Pour faire périr des cobayes de poids moyen, il fallait injecter dans leur péritoine 5 dixièmes de centimètre cube d'une culture sur agar suspendue dans le bouillon, vieille de 1 jour et 1 centimètre cube de la même culture vieille de 2 jours. A l'autopsie (alors même qu'elle était faite immédiatement après la mort) on retrouvait toujours les bacilles cholériques dans l'exsudat péritonéal et fréquemment dans le sang et l'intestin.

L'exsudat bacillifère des cobayes morts a pu être inoculé avec succès à d'autres animaux. Parmi les cultures cholériques anciennes, expérimentées par Hammerl, celles provenant de Shangaï et de Finthen possédaient une virulence très faible ; toutefois, il existait aussi une différence entre les cultures de 1 et de 2 jours, ces dernières devant être employées à dose approximativement double. De même qu'avec la culture de Duisbourg, on retrouvait les bacilles dans l'exsudat péritonéal, le sang et l'intestin, mais moins souvent dans celui-ci.

En faisant passer les cultures dans des œufs, on exaltait considérablement leur virulence surtout pour les cultures continuées depuis un certain temps (Shangaï et Finthen). L'injection de ces cultures sur œufs n'a jamais été suivie de phénomènes brusques ni de collapsus.

Sur aucune des 5 cultures cholériques expérimentées (Duisbourg, Finthen, Hambourg, Paris, Shangaï) on n'a constaté d'effet bactéricide du sérum sanguin de cobayes sains ; ils se produisait bien tout à fait au début une certaine diminution des bacilles, mais elle était rapidement suivie de leur multiplication. Dans le sérum du sang humain, cette destruction initiale partielle des germes a fait le plus souvent défaut, et l'on a observé immédiatement une végétation très active, contrairement aux résultats de Behring et Nissen (*Zeitschrf. f. Hyg. und Infektionsk.*, XIII.)

J. B.

Septicémie consécutive au choléra, par H. ROGER (*Revue de médecine*, 10 *octobre* 1893).

Chez deux malades atteints de choléra, Roger a vu la mort survenir au milieu de phénomènes méningés. L'autopsie cependant est restée muette sur l'existence d'une lésion inflammatoire des méninges. En revanche, des ensemencements pratiqués à l'aide du liquide céphalo-rachi-

dien et des fragments de foie ont permis de constater l'existence d'un bacille spécial bien qu'ayant de nombreuses analogies avec le proteus vulgaris; l'auteur lui donne le nom de bacillus septicus putridus.

C'est un petit bacille, mobile, ovalaire, mesurant de 0,6 à 1 μ dans son plus grand diamètre, présentant parfois un étranglement central, qui se colore facilement, mais se décolore par la méthode de Gram; présente dans les vieilles cultures un espace central clair, est facultativement anaérobie et se développe sur les divers milieux employés en bactériologie. Les cultures sont fortement alcalines (sauf si elles contiennent de la glycose ou de la saccharose), ont une coloration brune très accusée sur la pomme de terre et dans le lait aéré, et exhalent une odeur nauséabonde, sauf si la culture est à l'abri de l'air. Leur virulence assez marquée s'affaiblit par les cultures successives dans les milieux artificiels.

Les produits solubles contenus dans ces cultures produisent des effets variables suivant qu'on expérimente sur la grenouille et sur le lapin.

a. Grenouille : action très marquée sur le cœur. Ralentissement des battements, allongement des systoles; arrêt en diastole, sans affaiblissement progressif; suppression rapide de l'action des pneumogastriques; inexcitabilité du myocarde aux courants faradiques.

b. Lapin : la rapidité de la mort varie avec la dose injectée. A haute dose, l'animal meurt en quelques minutes après avoir présenté de la paralysie, parfois du nystagmus, puis des convulsions : la mort survient par arrêt respiratoire;. 20 à 30 centimètres cubes tuent en quelques heures, 5 à 10 centimètres cubes tuent en un jour et même beaucoup plus tard.

Les lésions viscérales, appréciables seulement au microscope, peu marquées au milieu des reins, très accentuées au niveau du foie, consistent en foyers de congestion et de désintégration cellulaire d'autant plus prononcés que la marche de l'intoxication a été plus rapide; dans les cas chroniques, on rencontre au niveau des espaces portes une cirrhose généralement embryonnaire pouvant donner lieu à des anneaux périlobulaires plus ou moins complets. C. GIRAUDEAU.

De l'immunité contre le choléra conférée par le lait de chèvres vaccinées, par KETSCHER (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 5).

Les chèvres laitières, immunisées par l'injection sous-cutanée, intra péritonéale et intra-veineuse de cultures cholériques très virulentes, fournissent un lait qui est doué de propriétés vaccinantes, par exemple quand on l'injecte dans le péritoine des cobayes. L'immunité conférée par le lait se manifeste immédiatement après l'incorporation de ce liquide; mais les tentatives d'immunisation par la voie stomacale ne réussissent pas. Le traitement par le lait n'est efficace que lorsqu'il est commencé très peu de temps après l'infection, au bout d'une heure environ, c'est-à-dire pendant la période d'incubation.

L'ébullition détruit les propriétés immunisantes du lait; le chauffage à 70° les affaiblit notablement. Le sérum du lait possède les mêmes propriétés que le lait lui-même. Les substances immunisantes sont précipitées par l'alcool.

Le lait immunisant ne renferme pas de vibrions cholériques; par con-

séquent l'immunité que confère le lait est basée sur la transmission directe des antitoxines. D'ailleurs les vibrions cholériques se développent très bien dans le lait des chèvres vaccinées.

La proportion d'antitoxines du lait augmente avec chaque injection. Dans l'intervalle de deux injections consécutives, cette proportion diminue d'autant plus que le temps écoulé depuis la dernière injection est plus long. La chèvre peut succomber à une injection de cultures cholériques, alors même que son lait renferme une proportion considérable d'antitoxine. GIRODE.

Du choléra virulent et de la genèse des épidémies. par N. GAMALEIA (*Soc. de biol.*, 29 *juillet* 1893).

L'auteur a obtenu en 1888 une septicémie cholérique indéfiniment réinoculable. Ce résultat a été vérifié depuis par Vlaeff, Vincenzi, Santshenko. Le vibrion septicémique n'est qu'une race du vibrion ordinaire de Koch, dont on a exalté la virulence (grâce à la concentration du milieu nourricier). Une des causes signalées de l'apparition et de la propagation des maladies épidémiques est l'exaltation des microbes pathogènes par leur passage dans des organismes. Il y a une autre cause au choléra dans l'Inde, c'est le desséchement d'un sol humide et la baisse de l'eau souterraine: de là, une concentration du milieu nutritif opérant l'exaltation du microbe cholérigène. DASTRE.

Sur les variations de la glycogénie dans l'infection charbonneuse, par H. ROGER (*C. R. Acad. des Sciences*, 9 *octobre* 1893).

On sait les modifications que subit la fonction glycogénique du foie dans diverses conditions expérimentales ; mais on ne connaît pas encore les variations qu'elle peut présenter dans le cours des maladies infectieuses. La bactérie charbonneuse consomme rapidement le glycogène. Dans des cultures ou décoctions laiteuses du foie, le glycogène est complètement transformé en 24 heures et le milieu ne renferme même plus trace de sucre. On peut donc supposer que des modifications semblables se passent dans l'organisme vivant. Cette hypothèse n'est vérifiée qu'en partie par l'expérience. En effet, la fonction glycogénique demeure intacte pendant les premiers temps de l'infection charbonneuse, la quantité de sucre contenue dans le sang étant normale ou légèrement diminuée. Mais à la fin de la maladie, le glycogène hépatique disparaît rapidement ; or, à ce moment il se produit une notable hyperglycémie. Il semble donc que, à la fin de la maladie charbonneuse, le glycogène hépatique soit rapidement transformé en glycose et qu'en même temps les tissus soient devenus incapables de consommer l'excès de sucre fourni par le foie ; mais ce qui est plus singulier, c'est que les bactéries, si nombreuses dans les organes et dans le sang, ne transforment pas ce sucre. Il faudrait donc admettre qu'elles ne se comportent pas de la même façon dans les bouillons de culture et dans l'organisme vivant. M. DUVAL.

Recherches sur l'influence des extraits de thymus et de testicule sur l'infection charbonneuse, par GRAMATCHIKOFF (*Ann. de l'Institut Pasteur*, n° 12, *p.* 812, *décembre* 1893).

G. se servit d'extrait de thymus et de testicules frais : 1 partie de glandes pour 2 parties d'eau chloroformée ayant une réaction neutre. Les liquides, stérilisés par l'ébullition après alcalination préalable, étaient filtrés à travers du papier suédois, puis stérilisés à l'autoclave pendant une demi-heure, ou bien stérilisés à l'aide de la bougie Chamberland.

G. s'est aussi servi de liquides frais : on hache les organes frais, lavés à l'eau stérilisée avec du sable stérilisé. On soumet à un filtre-presse et on filtre le liquide albumineux à travers un entonnoir en soie stérilisée. On injecte immédiatement.

Les expériences furent faites sur des lapins (57) avec des bactéries asporogènes ou sporogènes injectées sous la peau. Les liquides furent introduits dans la veine auriculaire, dans le péritoine ou sous la peau.

G. en conclut que l'extrait du thymus et des testicules n'exerce aucune influence préventive, vaccinante, contre le charbon des lapins.

PAUL TISSIER.

La destruction du virus charbonneux sous la peau des animaux sensibles, par SANARELLI (*Ann. de l'Institut Pasteur*, *p.* 820, n° 12, *décembre* 1893).

Si l'on place sous la peau de lapins des tuyaux de collodion renfermant dans leur intérieur des spores charbonneuses, la lymphe y pénètre peu à peu et vient baigner les spores qui germent, et le contenu se transforme bientôt en riche culture de bacilles asporogènes et très virulents.

Au bout de quelques jours (manque de substance nutritive ou excès des produits d'échange des microbes) le développement s'arrête et les microbes meurent, les spores ne pouvant se former. PAUL TISSIER.

Développement du charbon chez le lapin, d'après les tableaux microscopiques du foie et de la rate, par WERIGO (*Ann. de l'Institut Pasteur*, n° 1, *janvier* 1894).

Les bactéries injectées dans le sang sont arrêtées principalement dans le foie où elles sont englobées par les macrophages hépatiques, soit directement, soit par l'intermédiaire des globules blancs. La rate n'arrête que relativement peu de bactéries. Tandis que dans le foie les bactéries sont tuées avec une énergie extraordinaire, dans la rate le même processus se produit avec une lenteur beaucoup plus grande. Après un temps plus ou moins long, quelques-unes des bactéries de la rate, qui sont restées vivantes, commencent à s'accroître et à se multiplier. Alors s'engage une lutte entre ces bactéries et les globules blancs qui s'accumulent en grande abondance autour des bactéries et qui, après les avoir englobées, les digèrent sur place ou les transportent dans le foie pour leur destruction définitive. Cet état d'équilibre mobile (multiplication des bactéries dans la rate, transport dans le foie où elles sont détruites) dure parfois très longtemps. Les leucocytes viennent alors à s'affaiblir, les

bactéries passent librement dans le sang et infectent peu à peu le foie qui s'affaiblit, alors survient la mort.

Ainsi, ce sont les cellules de la pulpe splénique qui s'affaiblissent les premières, puis les leucocytes, et, en dernier lieu, les macrophages hépatiques.

Dans le poumon, comme sans doute dans tous les organes, les bactéries sont englobées par les leucocytes qui, eux-mêmes, arrivent tôt ou tard au foie organe central de destruction. PAUL TISSIER.

Ueber den Immunisirungswerth und Heilwerth des Tetanusheilserums bei weissen Maeusen, par BEHRING et KNORR (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt., XIII,* *et Hyg. Rundsch., III, n° 14, p.* 639, 15 *juillet* 1893).

Pour provoquer le tétanos, qu'ils essaient ensuite de guérir, Behring et Knorr se servent de poison tétanique obtenu par filtration des cultures en bouillon de bacilles de Nicolaier. Afin d'éviter que ce poison, moins stable que le diphéritique, ne s'affaiblisse trop vite, ils le soustraient aux effets de la lumière, de la chaleur et surtout de l'oxygène atmosphérique et y ajoutent soit du chloroforme, soit mieux 0,6 0/0 d'acide phénique qui le conserve plus longtemps. L'addition d'acide phénique a en outre pour effet, chez l'homme, de prévenir l'urticaire toxique. B. et K. ont recueilli le sérum curateur sur de grands animaux, chevaux et moutons et l'ont injecté à des souris blanches qu'ils avaient infectées avec du poison tétanique ; l'une et l'autre injections ont été pratiquées sous la peau. Quand l'injection de sérum a précédé d'un quart d'heure celle de l'infection avec la dose toxique la plus minime, le sérum est 5 fois plus efficace que s'il est injecté un quart d'heure après l'infection. Cette différence d'action s'accentue encore quand il s'agit de doses plus considérables du poison, car, tandis que la quantité du toxique introduit préalablement croît suivant une progression arithmétique, celle de sérum nécessaire pour empêcher la mort croît en progression géométrique, si bien que pour annihiler l'effet d'une quantité centuple de la dose mortelle la plus minime du poison tétanique, il faut une quantité de sérum 10,000 fois plus considérable. Si au contraire, l'infection tétanique n'est provoquée que 24 heures après l'injection de sérum, les proportions de sérum et de poison qui s'annihilent réciproquement, croissent suivant le même rapport. J. B.

De la pneumo-bacilline comme réactif révélateur de la morve, par S. ARLOING (*Soc. de biol.*, 9 *décembre* 1893).

Les réactions thermiques du cheval sont sensiblement les mêmes à la suite de l'injection de la malléine et de la pneumobacilline, beaucoup plus forte chez les individus réellement morveux que sur les sujets simplement suspects. La tuméfaction locale est moins grande avec la pneumo-bacilline. DASTRE.

Action de la tuberculine et de la malléine sur la sécrétion sudorale, par CADIOT et ROGER (*Soc. de biol.*, 22 *juillet* 1893).

La tuberculine, non plus qu'une urine de tuberculeux n'ont provoqué

aucune sueur chez un cheval. La malléine, au contraire, produit chez le cheval et chez le chat une diaphorèse d'autant plus abondante et d'autant plus persistante que la dose injectée est plus considérable. Cette sudation est due à une action exercée par le produit microbien sur les centres nerveux. DASTRE.

Sur la valeur diagnostique de la malléine, par WALENTOWICZ (*Przeglad lekarski*, 21 *octobre* 1893).

L'auteur se servait de la malléine sèche de Foth dont il injectait 0,10 centigrammes sous la peau du cheval. La réaction chez les animaux malades apparaissait au bout de 8 heures après l'injection, devenait surtout intense au bout de 12 heures et durait près de 24 heures. Cette réaction, ainsi que la tuméfaction locale présente des signes caractéristiques d'une grande valeur surtout dans les cas de morve latente. 4 observations de ce genre où l'autopsie a confirmé les résultats de l'injection de malléine, sont particulièrement instructives. Avec John, Peters, Siedamgrodzki, Nocard, etc., l'auteur est convaincu que l'application systématique de la malléine et l'abattage des animaux reconnus malades permettraient de faire disparaître la morve. H. FRENKEL.

I. — **Resultate der im Kœnigreich Sachsen vorgenommenen Malleïnimpfungen, par JOHNE** (*Deutsche Zeitschr. f. Thiermed.*, *XIX et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 16, *p.* 752, 15 *août* 1893).

II. — **Gutachten des k. k. Obersten Sanitaetsrathes über die Verwendung des Malleïn als diagnostisches Mittel bei Rotzverdacht** (*Oesterreich. Sanit.*, *V*, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 19, *p.* 881, 1er *octobre* 1893).

III. — **Weitere Versuche mit Malleïn, par HEYNE** (*Berlin. thieraerztl. Wochens.*, 1893, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 21, *p.* 978, 1er *novembre* 1893).

I. — Johne conclut des inoculations de malléine faites en Saxe, en 1891, par les vétérinaires officiels : chez les chevaux morveux, les injections de malléine déterminent régulièrement une augmentation fébrile de la température ; en vertu des faits acquis, on est autorisé à envisager comme un phénomène parlant en faveur de la morve toute élévation thermométrique consécutive à une injection d'une dose suffisante de malléine, et dépassant d'un degré la plus haute température avant l'injection. Pour qu'un diagnostic uniquement fondé sur le résultat de l'inoculation de malléine soit à l'abri d'objections, une deuxième inoculation est nécessaire. Cette deuxième inoculation est indispensable quand l'ascension thermométrique n'excède que d'un demi-degré la température normale ; il est bon de ne pas l'entreprendre avant que 24 heures se soient écoulées depuis la première injection. Une deuxième inoculation est également nécessaire lorsque des chevaux suspects de morve ou manifestement exposés à la contagion n'ont pas présenté d'ascension thermométrique à la suite de la première injection.

Le début et le degré d'intensité de la réaction dépendent en partie de la qualité de la malléine, en partie de la prédisposition individuelle. En moyenne, l'élévation thermométrique commence au bout de 7h,2 et atteint son maximum au bout de 12h,8. On doit donc commencer à

mesurer la température 5 ou 6 heures après l'injection et continuer ces mensurations de 2 en 2 heures durant 24 heures. Pour fixer la dose de malléine à employer, il est bon de l'éprouver sur un cheval sûrement morveux. Pour la deuxième injection, on augmentera la dose de un ou de deux décigrammes.

Les autres phénomènes généraux n'ont aucune importance diagnostique.

L'expérience déjà acquise permet d'espérer qu'en généralisant l'emploi des inoculations diagnostiques de malléine, on réussira au bout d'un certain temps à éteindre la morve.

II. — Le conseil supérieur d'hygiène d'Autriche indique sa préférence pour la malléine de Foth dont la composition est constante. L'injection doit être pratiquée sur les parties latérales du cou non recouvertes par la crinière.

III. — Heyne rend compte des inoculations de malléine effectuées dans 5 écuries suspectes de contamination et contenant un effectif total de 78 chevaux. Les 39 animaux de la première écurie ont tous été inoculés deux fois et 5 d'entre eux trois fois. 5 chevaux avaient réagi à la première inoculation. Un seul des 5 réagit à la deuxième ; abattu, il fut trouvé morveux. Un sixième cheval, qui était resté réfractaire à la première inoculation ($0^{gr},3$ de malléine), réagit à la deuxième. Aucun animal n'eut de réaction à la suite de la troisième inoculation faite avec $0^{gr},6$. Ils paraissaient encore tous sains sept mois plus tard.

Des 11 chevaux de la seconde écurie, 7 eurent une réaction typique après la première injection et tous furent trouvés morveux. Des quatre animaux restants, 2 réagirent à la deuxième inoculation ; ils étaient aussi morveux. L'un d'eux, qui avait de la fièvre avant la première inoculation, avait offert consécutivement une élévation de plus d'un degré qui n'avait pas été considérée comme suffisamment probante. Les deux bêtes survivantes n'ont présenté aucun symptôme suspect durant une observation de quatre mois.

Sur les 22 chevaux de la troisième écurie, 17 offrirent une réaction typique dès la première inoculation et tous étaient en réalité atteints de morve.

Des 5 chevaux restants, l'un qui avait de la fièvre avant la première inoculation et avait présenté consécutivement une élévation de 1°,2 fut réinoculé cinq semaines plus tard et, sans offrir plus de réaction, fut trouvé morveux. Les 4 chevaux qui n'avaient pas réagi, ayant été abattus furent reconnus exempts de morve.

Parmi les 5 chevaux de la quatrième écurie, 2 réagirent à la première et un à la deuxième injection ; tous les 3 étaient morveux. Les deux autres furent après abatage trouvés non morveux.

La cinquième écurie ne contenait qu'un cheval offrant des symptômes suspects mais qui ne présenta aucune réaction. Son état de santé n'ayant pas varié, il fut abattu dix semaines plus tard ; il était atteint d'un fibrome ulcéré de la cloison nasale. J. B.

Sur le mode de formation et de guérison des abcès, par KIENER et DUCLERT (*Arch. de méd. exp.*, V, 6).

L'inoculation du M. tetragenus sous la peau du cobaye permet de suivre la série des actes morbides qui caractérisent l'inflammation microbienne. Dans un premier stade, qui répond au jour de l'inoculation, on observe d'abord des lésions nécrosiques dans le foyer injecté, la diapédèse des grands leucocytes, la prolifération des cellules fixes, la phagocytose, la formation du pus. Du 2e au 3e jour, l'abcès se limite par une membrane conjonctive de nouvelle formation; on observe la diapédèse des leucocytes de la petite variété; dans le pus, la phagocytose fait des progrès rapides; enfin les leucocytes montrent les premiers indices de la nécrose de coagulation. Dans un troisième stade, qui va du 4e au 8e jour, le pus augmente de quantité et subit progressivement la nécrose de coagulation qui met un terme à la phagocytose des leucocytes. La néo-membrane enveloppante se vascularise et se transforme en tissu de granulation à cellules épithélioïdes. Le rôle phagocytaire est développé dans les cellules fixes. Du 9e au 25e jour, l'abcès s'ouvre, le tissu de granulation se remplit de cellules géantes phagocytaires et les micro-organismes sont définitivement détruits. La plaie bourgeonnante se cicatrise sous une couche épidermique de nouvelle formation.

Lorsqu'il s'agit d'un abcès de virulence faible, la guérison a lieu par induration. Il se fait une abondante néoformation d'un tissu de granulation phagocytaire, et une vascularisation très riche de la cavité de l'abcès.

La succession de ces divers actes montre bien qu'on ne saurait admettre une théorie exclusive de l'inflammation. La prolifération des cellules fixes, la diapédèse, le réveil de clasmatocytes, l'apparition de cellules géantes microphages, enfin les divers éléments du processus phagocytaire, tout cet ensemble résume la série anatomo-pathologique de l'acte inflammatoire. GIRODE.

Etude sur l'origine microbienne de l'infection purulente chirurgicale par S. ARLOING et Ed. CHANTRE (*C. R. Acad. des Sc.*, 9 *octobre* 1893).

L'infection purulente chirurgicale a pour agent essentiel les microbes ordinaires de la suppuration (streptocoque dans les cas observés par l'auteur). Si des microbes autres existent assez souvent dans les lésions, ils compliquent l'infection purulente, mais ne sont pas nécessaires à son développement. Pour produire l'infection purulente, le streptocoque doit revêtir la virulence qu'il possède dans les formes aiguës et graves de la septicémie puerpérale et non celle qu'il montre dans le phlegmon simple ou l'érysipèle. On pressent donc des rapports étiologiques entre l'infection purulente chirurgicale, la septicémie puerpérale et l'érysipèle, mais on ignore encore où et comment s'opère la transformation des propriétés pathogènes du streptocoque, qui lui permet de produire alternativement ces divers types cliniques. M. D.

Ueber die pathologische Anatomie und die Bacteriologie der Lymphangitis der Extremitäten, par FISCHER et E. LEVY (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XXXVI*, 5 *et* 6, *p.* 621).

La bactériologie et l'anatomie pathologique de la lymphangite des extrémités n'ont été jusqu'à présent que peu étudiées. L'anatomie pathologique n'en a guère été entreprise que par Biesiadecki, Billroth, Berthold, Cadiat et Lordereau, Cornil et Chevalet; mais elle exigeait des recherches nouvelles. Pour l'étude bactériologique, nous ne connaissons que les mémoires de Hueter, de Billroth, de Rosenbach, de Fehleisen, Cornil et Babès, Günther, enfin Verneuil et Clado, et les conclusions des derniers auteurs qui se sont occupés de cette question sont manifestement en opposition avec les recherches de Fischer et Lévy. Pour Verneuil et Clado, le microbe de la lymphangite est le streptocoque de l'érysipèle. Les auteurs allemands sont arrivés à des résultats bien différents en étudiant avec soin 18 cas, dont 8 de lymphangite absolument pure, 8 d'abcès lymphangitique et 2 de lymphangite réticulaire.

Dans les 8 cas de lymphangite pure, ils ont trouvé : 5 fois le staphylococcus pyogenes albus; 1 fois le st. pyogenes aureus; 1 fois le bacterium coli commune d'Escherich ; 1 fois les staphylococcus pyogenes aureus et albus ensemble. Dans les 8 cas d'abcès lymphangitique, ils ont noté : 4 fois le st. pyog. albus; 2 fois le streptococcus pyogenes de l'érysipèle; 1 fois les stap. pyog. albus et aureus ensemble; 1 fois les stap. pyog. albus et streptococcus pyogenes mélangés. Dans les deux cas de lymphangite réticulaire, il s'agissait de stap. pyog. albus. On n'a constaté entre ces divers cas aucune différence dans l'évolution clinique, en rapport avec la nature du microbe en cause; la gravité de la lymphangite a seulement paru en relation avec l'intensité de la lésion primitive. Un des cas est très curieux : c'est celui où l'on a cité la présence du bacterium coli commune. Il s'agissait d'un ouvrier matelassier, âgé de 68 ans, qui eut une lymphangite consécutive à un abcès du pouce. On se demande où ce pouce est allé chercher ledit microbe qui, d'habitude, n'habite que la partie inférieure du tube digestif et en particulier l'anus. Une incision du foyer purulent amena la guérison; mais il y eut nécrose partielle de la phalange ungéale du pouce.

Les auteurs ont eu les plus grandes difficultés à retrouver les microbes dans les vaisseaux visibles sur des coupes de peau. Ils ne les constatèrent guère qu'au milieu des thrombus encombrant la lumière de ces vaisseaux, ainsi que le représente un dessin très démonstratif de ce mémoire.

MARCEL BAUDOUIN.

Streptococcus ruber, par LUNDSTROM (*Finska läkar. Handlingar, XXXV*, 11).

Dans un cas de cystite purulente L. a trouvé dans l'urine un streptococcus dont les colonies se colorèrent dans la gélatine en rouge vif; au point de vue du développement et de l'action, ce microbe se comporte comme le streptococcus pyogène. A. C.

Experimentelle Untersuchungen über den Streptokokkus longus, par KNORR (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt., XIII, et Hyg. Rundsch., III*, n° 16, *p.* 749, 15 *août* 1893).

Avec un streptocoque provenant d'une fièvre puerpérale, Knorr a inoculé des souris qui succombèrent toujours à la septicémie. Mais au fur et à mesure que ce microbe avait passé par un plus grand nombre de souris, il devenait de moins en moins virulent pour les lapins et finissait par être entièrement inoffensif pour eux, tandis qu'il avait acquis de plus en plus la propriété de susciter une suppuration locale ; en même temps ses cultures sur bouillon modifiaient leur aspect ; de visqueuses et filantes, elles étaient devenues friables et granuleuses.

D'un lapin ainsi inoculé, Knorr a recueilli en outre un streptocoque qui se montrait, d'une façon très constante, virulent aussi pour les lapins, ne provoquant jamais de suppuration mais toujours de la septicémie et qui offrait, cultivé sur le bouillon, l'aspect de flocons pelotonnés. Par des cultures prolongées dans l'économie animale alternant avec des milieux artificiels, Knorr réussit à récupérer la forme décrite en premier lieu et put ainsi conférer aux lapins l'immunité contre la forme virulente.

Knorr conclut que les différences observées, en ce qui touche la virulence, les phénomènes morbides et le mode d'accroissement, sur les streptocoques pathogènes de l'homme, sont insuffisantes pour établir une différence d'espèces entre eux. Il incline à penser qu'il s'agit là seulement de variétés, tenant aux conditions de milieux. J. B.

Sur un streptocoque, par MAROT (*Thèse de Paris*, n° 106, 1893).

De tous les caractères propres à différencier les uns des autres les streptocoques que l'on trouve dans un si grand nombre d'affections diverses, l'aspect de la culture sur pomme de terre semble être le meilleur. Ni la morphologie des chaînettes, ni leur action pathogène ne sont assez constantes pour pouvoir servir de base à leur différenciation.

Marot propose donc de grouper les streptocoques en deux classes : les uns ne donnant pas de culture apparente sur la pomme de terre (streptocoque de l'érysipèle, pneumocoque) ; les autres, présentant presque tous les caractères des streptococcus brevis (V. Lingelsheim), donnent sur la pomme de terre, une culture apparente.

Parmi ces derniers, Marot en étudie un dont la présence est fréquente dans la bouche, et dont l'abondance devient extrême dans certains cas d'angine pultacée pour lesquelles il considère comme probable son action pathogène. E. MOSNY.

Recherches sur le micrococcus tetragenus septicus et quelques espèces voisines, par A. BOUTRON (*Thèse de Paris*, n° 24, 1893).

Le micrococcus tetragenus est un hôte fréquent de la salive des sujets sains. A l'état pathologique on l'a retrouvé dans des abcès buccaux, et dans le pus des cavernes tuberculeuses. Ce microbe est un aérobie facultatif : il se produit par division simultanée ou successive d'un coccus en quatre coccus unis en tétrade et enveloppés par une capsule. Il se cul-

tive bien sur tous les milieux habituels de culture, et ne fait pas cailler le lait : il neutralise ou alcalinise les milieux où on l'ensemence. Il se colore facilement par toutes les couleurs basiques d'aniline, et ne se décolore pas par la méthode de Gram. Sa capsule ne peut être mise en évidence dans les cultures, mais peut être decelée dans les exsudats et surtout dans le sang des animaux, en employant comme décolorant l'huile d'aniline.

Ce tétragène, hôte fréquent des cavernes tuberculeuses, et que l'auteur désigne sous l'épithète de septicus, se montre très virulent par la souris et le cobaye, mais les lapins sont presque réfractaires à son action. A côté de cette variété, Boutron décrit un tetragenus albus non virulent pour les souris blanches ou les cobayes, se développant sur les divers milieux plus faiblement que le précédent, et un tetragenus aureus non virulent, caractérisé par la couleur jaune d'or de ses cultures sur gélatine : l'auteur a trouvé dans des abcès ces diverses variétés de tétragènes qui pourraient bien n'être que diverses formes du même organisme : il n'a pu conférer à ces deux variétés la virulence si remarquable du tetragenus septicus.

Le chauffage pendant une demi-heure à 55° atténue les cultures du tetragenus septicus qui devient inoffensif pour les souris mais rend celles-ci plus sensibles à l'action des cultures virulentes.

De ce tetragenus septicus se différencient nettement par leur morphologie et leur virulence, le T. subflavus (Von Besser), le T. variabilis (Sterberg et Finlay), le T. mobilis ventriculi (Mendoza) et le T. concentricus (Schenk). E. MOSNY.

Bacteriologische Befunde bei Osteomyelitis und Periostitis (Recherches bactériologiques sur l'ostéomyélite et la périostite; présence du D. pneumoniœ Fr. et du Str. pyogenes), par FISCHER et LÉVY (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, XXXVI, 1-2, *p.* 94).

Ces auteurs ont examiné le pus d'un certain nombre d'ostéomyélite et de périostite. En outre du staphyloccus pyogenes, ils ont rencontré dans deux cas le diploccocus lanceolatus Fr. et dans deux autres le streptococcus pyogenes. Rarement jusqu'ici on avait fait des constatations de ce genre. En ce qui concerne le diplocoque, Lannelongue et Achard se seraient trop avancés, au dire des microbiologistes allemands, en prétendant que la présence de cet organisme est un indice de la bénignité de l'affection ; en effet, dans un de leurs cas, la mort aurait eu lieu et aurait été causée par une méningite. En terminant, Fischer et Lévy insistent sur ce qu'il y a d'artificiel dans la délimitation des formes créées par Lannelongue et Achard, qui ont pris pour base de classification les microbes de l'ostéomyélite. A leur avis, toute tentative dans ce sens est prématurée à l'heure actuelle. MARCEL BAUDOUIN.

Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale épidémique, par BOERI (*Riv. clin. e terap.*, n° 9, *p.* 449, 1893).

Le pneumo-bacille de Friœndlaender n'avait pas encore été signalé parmi les microbes susceptibles de déterminer la méningite cérébro-

spinale. Dans un cas, Boéri l'a trouvé associé au streptocoque pyogène.

G. LYON.

Untersuchungun über die Aetiologie der sog. chronisch-rheumatischen Gelenkentzündungen, par Max SCHUELLER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 36, *p.* 865, 4 *septembre* 1893).

En ponctionnant antiseptiquement la cavité d'articulations atteintes de rhumatisme chronique, Schueller a toujours récolté un bacille spécial qu'il a pu cultiver, avant et après inoculations à des lapins. C'est un bacille gros et court, offrant un léger étranglement dans sa partie moyenne et des granulations à ses extrémités; ces granulations polaires sont arrondies, ovales ou allongées en cylindres ; tantôt elles sont juxtaposées, tantôt séparées par une petite zone claire. Il semble qu'il s'agisse là non de spores, mais d'un protoplasma condensé ou d'une qualité particulière, remarquable par son aptitude à se colorer. Les bacilles ont une longueur oscillant entre 2 μ 24 et 2 μ 76, et une largeur de 0,75 à 0,995 ; parfois, au lieu d'être droits, ils sont recourbés un peu à angle au niveau de leur étranglement. C'est la fuchsine phéniquée qui les teint le mieux, mais ils se décolorent avec la plus extrême facilité. La température la plus favorable à leur développement paraît celle de 25°. Mais une condition indispensable de leur bon développement est de les maintenir dans l'obscurité. Ils liquéfient la gélatine en la rendant d'un blanc opaque ; au bout d'un an, les cultures desséchées sont encore susceptibles de végétation et ont conservé leurs propriétés infectieuses.

L'injection d'un gramme de culture dans le genou des lapins provoque une arthrite villeuse, sans trace de pus, c'est-à-dire des lésions identiques au rhumatisme articulaire chronique chez l'homme. En injections sous-cutanées, à la dose de 1 centimètre cube, ces cultures, provenant soit de l'homme, soit de lapins préalablement infectés, entraînent la mort de l'animal par septicémie au bout de 24 heures au plus ; le sang de ces lapins renferme en grand nombre les mêmes bacilles. L'injection intra-articulaire à cette haute dose n'est pas suivie des mêmes phénomènes.

Schueller conclut qu'il est très probable que les arthrites chroniques avec hyperplasie des villosités synoviales observées chez l'homme sont causées par le bacille qu'il a découvert et que partant elles doivent être séparées du rhumatisme articulaire aigu qui lui semble dû aux microbes pyogènes, et ne doivent même pas être rangées parmi les affections rhumatismales. (*R. S. M.*, XL, 89.)

J. B.

Pneumaturie....., par HEYSE (*Zeitschr. f. klin. Med.*, *XXIV*, *p.* 130).

H. étudie la pneumaturie provoquée par le bacterium lactis aerogenes. Il passe en revue diverses observations de pneumaturies publiées, étudie les bacilles déjà décrits, l'influence de la composition de l'urine et, en particulier, de la glycosurie. Il rapporte un fait de pneumaturie chez une femme de 23 ans, paraplégique, dont l'urine ne renfermait ni albumine, ni sucre. L'urine fraîche renfermait un bacille spécial qu'on trouva également dans les sécrétions du vagin, ce qui explique le mode d'infection. Mort après une fausse couche. Le même bacille est retrouvé dans la vessie, l'uretère gauche, les bassinets, le côlon transverse, l'extrémité in-

férieure de l'iléon. C'est un petit bâtonnet court, épais, à bouts fortement arrondis. Longue étude de ses réactions et du diagnostic différentiel avec le bacterium coli commune. Série d'analyses : 1° des gaz recueillis; 2° des gaz formés par le bacille dans l'urine.

H. étudie ensuite la production de gaz par ce bacille dans l'organisme animal (œuf de poule, sac lymphatique de la grenouille, tissu cellulaire des animaux à sang chaud, injections bacillaires intraveineuses, intravésicales, intrapleurales). Ces dernières injections déterminèrent un pyopneumothorax, fait qui semble intéressant pour la pathogénie de cette affection. A.-F. PLICQUE.

Sur un bacille produisant la gingivite et les hémorragies dans le scorbut, par BABÈS (*Arch. de méd. exp.*, V, 5).

La misère et les vices d'hygiène, qui sont généralement considérés comme les facteurs étiologiques du scorbut, ne jouent que le rôle de cause prédisposante. C'est dans une infection qu'il faut chercher la cause intime du processus scorbutique. Dans les lésions typiques de la maladie, fongosités gingivales et foyers hémorragiques, on trouve un bacille épais et de longueur variable, ne se colorant pas par la méthode de Gram, et mélangé à un streptocoque vivace qui en rend l'isolement difficile. Ce bacille semble appartenir à une espèce buccale inoffensive en l'état ordinaire, mais devenue virulente à cause de l'affaiblissement du terrain. Les lésions à distance semblent provoquées par les sécrétions de ce microbe plus que par le microbe même, qui, à l'instar des bacilles du tétanos et de la diphtérie, ne produirait qu'une infection locale. Le bacille est inoculable au lapin, et détermine chez cet animal une septicémie hémorragique ; il peut même, chez les femelles pleines, se transmettre aux fœtus et les impressionner de la même manière. GIRODE.

I. — Influence des injections de liquides dans l'albumen sur l'incubation de l'œuf de poule. Influence des vapeurs de chloroforme, des vapeurs d'essence de térébenthine, par Ch. FÉRÉ (*Soc. de biol.*, 29 *juillet*, 21 *et* 28 *octobre* 1893).

II. — Influence sur l'incubation de l'œuf de poule de l'exposition préalable aux vapeurs des essences de fumée de tabac, par Ch. FÉRÉ (*Ibidem*, 2 *décembre* 1893).

On peut injecter dans l'albumen au moins 1 centimètre cube d'eau distillée et stérilisée sans empêcher le développement. Les injections de solutions actives provoquent plus souvent des retards de développement et des monstruosités. Les œufs les plus frais résistent le mieux à l'influence perturbatrice.

Expériences confirmatives des précédentes pour montrer l'innocuité relative des injections d'eau et l'action tératologique des substances actives, même normales comme le sel, ou le glucose qui est très nocif.

Le développement peut être suspendu sans être arrêté définitivement. L'arrêt définitif ne se produit qu'à la suite d'une exposition prolongée.

L'exposition prolongée aux vapeurs d'essence de térébenthine peut

causer un certain retard de développement et des anomalies; mais le développement peut aussi être normal.

L'essence de lavande amène un retard du développement; de même l'essence d'anis et celle de girofle. Avec l'essence d'absinthe on observe des monstruosités.

La fumée de tabac n'a d'influence que comme un enduit : la nicotine a une action nocive évidente. DASTRE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Beitrag zur Kenntniss der Antipyretica, par J. von MERING (*Therap. Monatsh décembre* 1893).

Le p.-amidophénol est une substance fortement réductrice, facilement décomposable, qui détruit le sang en dissolvant les hématies et en produisant de la méthémoglobine. Il est moins toxique que l'aniline et est un antipyrétique énergique.

Par l'introduction d'un radical acide (acétyl, propionyl ou homologues supérieurs) dans le groupe amidé, la toxicité est diminuée surtout si le radical acide penètre aussi dans le groupe hydroxyle. Par l'introduction d'un radical alcool (éthyle) dans le groupe hydroxyle et d'un radical acide (acétyle) dans le groupe amide (phénacétine), sa toxicité est encore davantage diminuée. Le phénylméthane, un dérivé de l'aniline, est plus toxique que l'oxyphénylméthane, dérivé correspondant du p.-amidophénol. La toxicité faible du p.-oxyphénylméthane est encore abaissée par l'introduction du groupe acide, comme le montrent les expériences faites avec la neurodine. La thermodine est la plus inoffensive (p.-oxyphénylméthane) dans laquelle l'hydrogène de l'hydroxyle est remplacé par de l'éthyle et l'hydrogène du résidu amide par de l'acétyle.

A la dose de 1 gramme, la neurodine est un antinévralgique puissant; la thermodine, à la dose de 0,5 à 0,7, est un antithermique sûr et sans danger. PAUL TISSIER.

Sur la vitesse toxique des injections, par A. DASTRE (*Soc. de biologie*, 28 *octobre* 1893).

La notion de toxicité est une notion complexe et relative. Elle ne dépend pas seulement d'une qualité spécifique de la substance, mais de son action possible sur un produit spécial, du point de pénétration, de la vitesse d'introduction. En ce qui concerne la solution salée physiologique et les liqueurs dites faiblement toxiques il y a une *vitesse toxique* qui commence à 3 centimètres cubes par minute. Le lavage du sang entraîne probablement quelques toxines; il en laisse d'autres sûrement. DASTRE.

I. — Contribution à l'étude physiologique de l'apocodéine, par L. GUINARD (*C. R. de la Soc. de biol.*, 27 *mai* 1893).

II. — Influence de l'apocodéine sur les sécrétions, sur le péristaltisme intestinal et sur le système nerveux, par L. GUINARD (*Ibid.*, 18 *juin* 1893).

III. — Avantages qu'il y aurait à remplacer la codéine par l'apocodéine, par L. GUINARD (*Ibid.*, 8 *juillet* 1893).

I. — Contrairement à une opinion assez répandue (Mathiessen) l'apocodéine pure n'aurait pas de propriétés émétiques.

Employée en injections intra-veineuses, c'est un convulsivant énergique, mais d'action fugace. Il y a aussi une action déprimante (trouble de conductibilité de la moelle). Comme manifestations accessoires : hypersécrétion salivaire et bronchique, réveil du péristaltisme intestinal, borborygmes et défécations ; accélération respiratoire et cardiaque ; élévation thermique. En injection hypodermique le chlorhydrate est somnifère. Les propriétés de l'apocodéine sont très semblables à celles de la codéine.

II et III. — L'hypersécrétion glandulaire et le péritaltisme intestinal sont dus à une action primitive sur le système nerveux. Il y a une action déprimante sur le cerveau qui est le fait dominant, puis un effet secondaire sur la moelle. DASTRE.

Ueber die therapeutische Vervandbarkeit der Codeins, par Alois POLLAK (*Therap. Monats., novembre et décembre* 1893).

La codéine n'est pas une substance indifférente, on peut observer des phénomènes d'intoxication avec des doses de 0gr,06. C'est un narcotique de valeur, mais rien de plus et il n'a d'effet curateur dans aucune affection. Il est donc irrationnel de l'employer dans les affections douloureuses (sciatique, phlegmons).

Elle n'exerce aucune influence notable sur les phénomènes psychiques, ni sur le système nerveux. Elle ne donne par suite aucun résultat dans les cures contre l'intoxication par l'alcool, la morphine, l'arsenic. Tout ce qu'on obtient, c'est une accoutumance au médicament.

Aucun résultat dans les inflammations de l'appareil génital chez la femme ; il est douteux qu'elle soit supérieure à la morphine dans les douleurs intenses.

La codéine agit très bien dans les affections de l'appareil respiratoire, dans certaines affections intestinales et peut-être aussi dans les inflammations des voies urinaires. PAUL TISSIER.

Pilocarpine ; son action physiologique et son emploi thérapeutique ; ses effets sur la coloration du système pileux, par PRENTISS (*Therapeutic Gazette, octobre* 1893).

L'étude que fait Prentiss du jaborandi et de son alcaloïde dans cet article est très complète. Elle est divisée en trois paragraphes. Le premier, très court, est consacré à l'histoire botanique du jaborandi. Dans le second, Prentiss en étudie les effets physiologiques comme sudorifique ; comme excitant de l'accommodation de l'œil et de la contraction

pupillaire et comme stimulant de l'appareil auditif; comme adjuvant de la croissance du système pileux, et modificateur de la coloration de ce système.

Le troisième paragraphe revient quelque peu sur les propriétés physiologiques en établissant les effets thérapeutiques de la pilocarpine, qui est la préparation de jaborandi la plus employée : effets sudorifiques, les effets dans les maladies des yeux et des oreilles, effets excitants sur la croissance du système pileux. R. FAURE-MILLER.

Ueber die Santonin-Krämpfe beim Kaninchen (Des convulsions produites par la santonine chez le lapin), par L. KRAMER (*Zeits. f. Heilkunde*, n° 4, *p.* 303, 1893).

Si on injecte dans la veine jugulaire d'un lapin trachéotomisé un gramme et demi ou deux grammes d'une solution saturée et chaude de santonine, il se produit peu après des convulsions cloniques qui, commençant par le museau, se généralisent rapidement. Ces convulsions toujours cloniques rappellent l'épilepsie jacksonnienne.

L'intégrité du cerveau est une condition nécessaire de leur développement typique. Si cette intégrité fait défaut, il peut se produire des convulsions cloniques, mais elles sont plus lentes à survenir, ne sont plus typiques et exigent une dose plus forte de santonine. Ces faits montrent que l'écorce cérébrale n'est pas indispensable pour la production des convulsions cloniques, mais ils prouvent que les convulsions dues à la santonine se produisent par l'intermédiaire du cerveau. D'ailleurs lorsqu'on enlève un hémisphère cérébral, les convulsions ne sont que rudimentaires dans la moitié opposée du corps; de plus l'hydrate de chloral les atténue ou les arrête.

Les convulsions dues à la santonine ne s'accompagnent pas de troubles respiratoires, ni circulatoires, ni de symptômes d'une excitation du bulbe. LEFLAIVE.

Harntreibende Wirkung des Diuretin (Effet diurétique de la diurétine), par J. PAWINSKI (*Zeitschr. f. klin. Med.*, *XXIV*, *p.* 315).

La diurétine et la théobromine se rapprochent de la caféine, non seulement comme constitution chimique, mais comme action. Leur effet excitant sur la circulation et sur le système nerveux est moindre que celui de la caféine. L'effet diurétique est ordinairement plus marqué que pour la caféine; exceptionnellement, il est moindre. Comme règle générale, mieux vaut prescrire la caféine en cas d'adynamie, la diurétine en cas d'éréthisme. Des doses de quatre à cinq grammes par jour suffisent pour la diurétine. Cette dose sera prise gramme par gramme en quatre ou cinq fois. Des doses trop fortes amènent l'excitation circulatoire et nerveuse. Des doses même faibles peuvent, chez des sujets susceptibles, entraîner un état nauséeux qui disparaît du reste avec l'accoutumance. C'est du troisième au quatrième jour, parfois dès le second que commence la diurèse. Si celle-ci tarde jusqu'au sixième jour, le médicament n'agira pas. A.-F. PLICQUE.

Action physiologique de l'hydrazine, par D. BALDI (*Archives italiennes de biol.*, *XIX*, *p*. 420.

Le bichlorhydrate d'hydrazine est toxique pour la grenouille ; au-dessus de quelques milligrammes. Il y a affaiblissement du cœur, puis de la respiration, paralysie et mort. Le poison agit primitivement sur le bulbe. A mesure que l'on remonte l'échelle zoologique, des troubles nerveux viennent s'ajouter à ce tableau et il y a chez le chien une véritable attaque d'épilepsie hydrazinique. L'application sur l'écorce cérébrale produit une épilepsie unilatérale croisée. L'action toxique n'est due ni à la formation de méthémoglobine ni à l'oxydation en acide nitreux. On peut admettre l'idée d'une nature aldéhydique du protoplasma des organes sur lesquels l'hydrazine exerce son action, car cette substance a pour trait caractéristique la propriété de se combiner avec les aldéhydes et les acétones. DASTRE.

Klinische Beiträge zur Lehre von der Wirkung des Nucleins (Contribution clinique à l'étude de l'action de la nucléine), par H. MOUREK (*Wiener med. Woch.*, *n*os 5-6, 1893).

La nucléine est une substance pyrogène, non toxique, qui donne de l'acuité aux inflammations chroniques et active la formation des leucocytes. Administrée par la voie stomacale (en solution ou en poudre) à la dose quotidienne de 0gr,50 à 3 et 4 grammes en plusieurs fois, à une dose totale variant de 11 à 152 grammes, chez huit malades atteints de lupus et deux d'ulcères de jambes, elle a régulièrement provoqué une fièvre avec fatigue, malaise, céphalalgie et hyperthermie (39°,9 au maximum). Il n'en est point résulté de troubles digestifs, sauf une fois une tendance passagère au vomissement, point de troubles urinaires, sauf une fois un peu de strangurie, pas d'albuminurie, ni de glycosurie. Il s'est toujours produit une leucocytose plus ou moins marquée.

La réaction locale généralement lente, a manqué dans deux cas de lupus ; l'amélioration des lésions a été constante ; et les deux ulcères de jambe, qui avaient longtemps résisté aux autres traitements, se sont cicatrisés sous l'influence de la nucléine. Les malades pendant le temps de leur traitement n'ont pas présenté de modifications importantes de leur poids. LEFLAIVE.

Recherches sur l'action pharmacologique et thérapeutique de la malakine, par JAQUET (*Progrès méd.*, 23 *décembre* 1893).

La malakine est une combinaison de l'aldéhyde salicylique et de la paraphénétidine. Elle se présente sous forme de petites aiguilles soyeuses, jaune clair, insolubles dans l'eau, solubles dans l'alcool bouillant. Jaquet l'a administrée soit en cachet, soit mélangée avec la purée de pommes de terre, à 14 malades atteints de rhumatisme articulaire aigu ; prise à la dose de 4 à 6 grammes la malakine a amené la chute de la fièvre et des douleurs, aussi vite que le salicycate de soude, sans amener de bourdonnements d'oreilles, ni de vomissements.

Sur 48 fiévreux la malakine a amené la baisse de la température, mais

lentement au bout de 3 à 4 heures. Dans les hyperpyrexies violentes elle agit d'une manière insuffisante et ne peut remplacer l'antipyrine ; dans les fièvres tuberculeuses la malakine avec son action lente et assez prolongée amène une détente très notable.

Jaquet admet que le suc gastrique n'agit que lentement sur la malakine pour dédoubler ce corps et mettre en liberté l'acide salicylique qui est un bon antipyrétique. H. L.

Lactophénine. Action analgésique et hypnotisante, par LANDOWSKI (*Société de biologie*, 8 *février* 1894).

C'est une phénacétine où l'acide lactique remplace l'acide acétique : elle est plus soluble (1 pour 330 d'eau). C'est une poudre blanche, insipide ; elle peut être employée à la dose de 60 centigrammes ; la dose maxima est 3 grammes par jour. L'effet est antinévralgique comme celui de l'antipyrine ; à dose de 1 gramme il est hypnotique. DASTRE.

Note sur l'absorption du gaïacol par la peau, par G. LINOSSIER et LANNOIS (*Soc. de biologie*, 3 *février* 1894).

La peau manifeste, vis-à-vis du gaïacol, un pouvoir absorbant comparable à celui de l'intestin. L'absorption, en badigeonnages, est telle qu'elle permet d'entrevoir la possibilité de saturer l'organisme de ce produit sans recourir aux voies digestives ou sous-cutanées. DASTRE.

Ueber die Wirkungen des Amylenhydrats, par HARNACK et MEYER (*Fortschr. der Med.*, *XI*, 8, *p.* 319).

Les auteurs attirent l'attention sur certains effets de cette substance : l'hydrate d'amylène est un agent hypothermisant chez les animaux à sang chaud de laboratoire (chien, chat, lapin, cobaye) et son action est d'autant plus marquée que l'animal est plus petit. L'abaissement chez les petits mammifères peut être de 11 à 12 degrés. Comme l'action de l'hydrate d'amylène sur la pression sanguine est presque nulle, l'hypothermie doit être due à un trouble des centres régulateurs de la chaleur. Chez l'homme, les doses hypnotisantes ne sont pas hypothermisantes. Sur les muscles ce médicament exerce une action faible chez les animaux à sang chaud : mais sur le cœur de la grenouille il agit d'abord comme un excitant, puis comme un paralysant. Enfin H. et M. ont constaté que l'hydrate d'amylène à l'intérieur provoque une diminution de l'excrétion d'urée ; tandis qu'en injection sous-cutanée il l'augmente ; probablement parce qu'il cause ainsi une inflammation phlegmonneuse.

C. LUZET.

Ueber die Werwenbarkeit des Europhens, par OEFELEIN et NEUBERGER (*Monatsh. f. prak. Dermat.*, *XVII*, 2).

L'isobutylorthocrésoljodide, connu sous le nom d'europhène, est un bon antiseptique qui peut, avec avantage, être employé comme succédané de l'iodoforme ; il est sans odeur et ne détermine aucune irritation ; les auteurs l'ont employé avec succès dans les plaies simples, les fissures anales, la balano-posthite, les syphilides et surtout dans

les chancres simples : 30 de ces ulcères ont été guéris rapidement ou lentement par l'application renouvelée 3 fois par jour de cette poudre ; ce produit est donc, à cet égard, comparable au diiodoforme.

H. HALLOPEAU.

Sur le diaphtol, par GUINARD (*Lyon méd.*, 7 *janvier* 1893).

Le diaphtol, acide orthoquinolinmétasulfonique, est une poudre qui fond à 295° et donne par décomposition de l'oxyquinoline libre. Peu actif comme antiseptique, il l'est davantage sous la forme de sel, diaphtolate de soude. En solution à 0,05 0/0, ce sel atténue les cultures du bacillus anthracis et les tue à 0,10 0/0. Il est peu toxique ; on a pu en donner jusqu'à 3 grammes à un chien de 16 kilogrammes ; les urines sont alors colorées en jaune et peu putrescibles. Comme le sel est d'autre part facilement toléré par les muqueuses digestives, G. pense qu'on pourra l'utiliser comme antiseptique des voies urinaires. A. C.

Salacétol, par BOURGET et BARBEY (*Therap. Monatshefte, n°* 12 *p.* 604, *décembre* 1893).

Le salacétol diffère du salol en ce qu'au lieu d'y être combiné au phénol, l'acide salicylique l'est à l'acétol. C'est un corps difficilement soluble dans l'eau, facilement soluble dans l'alcool bouillant, l'éther et le chloroforme ; il fond à 71° ; son goût est un peu amer. Agité dans une solution alcaline, il se dédouble en ses composants comme le salol. Il se dédouble dans le duodénum (bile alcaline), mais, à l'inverse du salol, il ne donne pas de phénol qui est toxique, mais de l'acétol qui est rapidement éliminé à l'état d'acétone ou complètement oxydé sans exiger de travail du foie. Le salacétol est peu modifié dans l'estomac. Au bout d'un quart d'heure, on trouve déjà des traces d'acide salicylique dans l'urine, il y devient très abondant au bout d'une demi-heure.

L'administration simultanée d'huile de ricin (irritation légère) favorise l'absorption. La dilatation stomacale n'influe pas sur la rapidité de l'absorption qui dépend de l'état de l'intestin. L'élimination est rapide : en 24 à 36 heures, 2 grammes sont entièrement éliminés.

Par la peau il n'est pas absorbé, si le véhicule employé est la vaseline ; il l'est si c'est l'axonge (on dissout le salacétol dans le chloroforme et on l'incorpore à l'axonge).

Il est indiqué dans les affections intestinales : diarrhée cholériforme (2 à 3 grammes par jour dans 20 à 30 grammes d'huile de ricin ; chez l'enfant, autant de décigrammes que l'enfant a d'années). En trois jours, l'antisepsie de l'intestin est réalisée. Dans le rhumatisme articulaire aigu, il agit donné à l'intérieur (2 grammes) et appliqué en pommades. Il n'y a jamais eu d'accidents toxiques. Il semble bien agir dans la lithiase biliaire (2 grammes par jour dans de l'huile d'amandes douces ou de foie de morue). PAUL TISSIER.

Zur Wirkung des Trionals, par Oscar COLLATZ (*Berlin. klin. Woch., n°* 40, *p.* 956, 2 *octobre* 1893).

Collatz a administré, avec succès, le trional comme soporifique dans 66 cas d'insomnie liés à des formes douces de folie. La dose de

2 grammes, par laquelle il a débuté, peut être diminuée de moitié lorsqu'on prolonge l'usage du médicament qui n'a aucun effet fâcheux accessoire. Il est bon de faire prendre en même temps une boisson chaude pour faciliter la dissolution et l'absorption du trional.

Collatz rapporte aussi l'observation d'un homme de 28 ans qui a vainement tenté de se suicider en avalant 8 grammes de trional d'une seule fois.

Au bout d'un quart d'heure, attaque épileptique durant 5 minutes (le malade en avait eu déjà au moment de la puberté), puis nausées avec impossibilité de vomir; sommeil profond durant 12 heures, avec état normal du pouls et de la respiration. Le lendemain, le sommeil continue avec quelques interruptions. Le soir, coliques, ténesme vésical et rétention d'urine; ni albumine, ni sucre, ni hémoglobine dans l'urine qui, traitée par le perchlorure de fer, se teint en rouge. Le jour suivant, il ne restait qu'un peu de céphalalgie et de l'incertitude de la démarche.

J.-B.

L'exalgine possède-t-elle des propriétés anesthésiantes locales, par COMBEMALE (*Bull. méd. du Nord*, n° 20, *p.* 452, 1893).

D'expériences faites sur des chiens et un cobaye, il résulte que l'exalgine a une action anesthésiante locale fugace et peu intense. Cette anesthésie est trop faible pour permettre soit des explorations douloureuses, soit des opérations. LEFLAIVE.

Ueber Trional, par BEYER (*Berlin. klin. Woch.*, n° 35, *p.* 858, 28 *août* 1893).

Beyer recommande le trional comme un soporifique d'effet certain et rapide, sans l'inconvénient d'accoutumance ni de phénomènes accessoires nuisibles. La dose efficace varie entre 50 centigrammes et 4 grammes. Des phénomènes accessoires incommodes peuvent survenir déjà avec la dose de 1 gramme ; il faut donc beaucoup tenir compte des idiosyncrasies. Beyer dissuade de l'employer durant le jour comme sédatif, car il ne produit pas le calme mais un besoin de dormir. Il semble que les phénomènes accessoires non recherchés soient plus fréquents après des doses fractionnées.

Le trional est indiqué dans l'insomnie simple et neurasthénique, chez les aliénés hallucinés et maniaques, chez les mélancoliques conjointement avec l'opium ; dans les cas de douleurs physiques, après administration de morphine. On n'a pas observé d'action spécifique sur les psychoses. (*R. S. M.*, XXXVII, 471 ; XLI, 541 et XLII, 99.) J. B.

Ueber die chemische Zusammensetzung..... (Sur la composition chimique du goudron russe de sapin), par NENCKI et SIEBER (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm. XXXIII*, 1).

Le goudron de bois employé naturel ou modifié par diverses préparations peut complètement remplacer le phénol pour la grosse désinfection. Son inconvénient est sa composition et par suite son pouvoir antiseptique variable. Il ne saurait se substituer à tous les antiseptiques, mais sa non-toxicité doit le faire préférer au phénol. Il n'est pas seulement

antiseptique, mais aussi fortement désodorisant. Les meilleures préparations sont les solutions alcalines et le vinaigre de bois. PAUL TISSIER.

I. — Sur l'influence du chlorure d'ammonium sur l'assimilation des graisses alimentaires et sur les pertes cutanéo-pulmonaires chez l'homme sain, par V.-V. MALININE (*Thèse de St-Pétersbourg*, 1893).

II. — Sur l'influence du chlorure d'ammonium sur l'assimilation et l'échange des matières azotées et sur la quantité du soufre neutre dans l'urine de l'homme, par V.-S. TCHERNYCHEFF (*Thèse de St-Pétersbourg*, 1893).

I. — Le chlorure d'ammonium, à la dose de 5 grammes par jour, produit une amélioration dans l'assimilation des graisses alimentaires, dans la proportion de 2,43 0/0, par rapport à la période (de 8 jours) d'études préalables et de 1,18 0/0 par rapport à la période (3 jours) de contrôle qui a suivi les jours d'administration du médicament. La diurèse augmente, le poids du corps diminue. La teneur d'eau dans les selles diminue de 2,8 0/0. Les pertes cutanéo-pulmonaires diminuent.

II. — A la dose de 5 grammes par jour, le chlorure d'ammonium fait augmenter l'assimilation de l'azote contenu dans la nourriture, ainsi que l'échange des matières azotées dans l'organisme ; il fait augmenter le taux des produits insuffisamment oxydés éliminés par l'urine et le taux du soufre neutre de l'urine ; il fait diminuer la quantité des selles et fait augmenter la quantité absolue de l'urine et des sels urinaires ; la réaction de l'urine reste acide et son poids spécifique diminue. H. FRENKEL.

Sur la valeur antiseptique de l'ozone, par J. DE CHRISTMAS (*Ann. de l'Institut Pasteur, p.* 776, *novembre* 1893).

Dans une atmosphère contenant de 1,5 à 2 milligrammes d'ozone par litre (0,061 à 0,1 0/0 en volume), des tubes ensemencés avec la bactéridie charbonneuse, le staphylococcus aureus, le bacille de la fièvre typhoïde, celui de la diphtérie, des spores de l'aspergillus niger ne donnent aucune culture. Au bout de 5 jours, les germes sont morts (à l'exception de l'aspergillus).

Il faut 96 heures de séjour dans une atmosphère contenant 1,5 à 2 milligrammes d'ozone pour tuer les cultures fraîches de charbon ; une action de 48 heures ralentit le développement, une action de 24 heures est sans effet.

Les spores (bacillus subtilis) séchées meurent au bout de 8 jours ; il n'y a aucune action sur les spores contenues dans un tube à bouillon (faible absorption de l'ozone par le liquide). Au-dessous de 0,5 milligramme d'ozone, l'air ne possède aucune action antiseptique.

Comme conclusion, l'ozone est un désinfectant à rejeter, il est déjà très difficile d'obtenir la dose d'ozone nécessaire pour obtenir un effet réel et bien avant qu'on arrive à la saturation nécessaire, l'air devient irrespirable. PAUL TISSIER.

L'acide carbonique à haute pression peut-il être considéré comme un antiseptique puissant, par J. SABRAZÈS et Ed. BAZIN (*Soc. de biol.*, 19 *novembre* 1893).

D'Arsonval a annoncé que la pression de 50 atmosphères d'acide car-

bonique tue les microorganismes et qu'une pression de 90 atmosphères détruit presque instantanément tous les germes vivants en respectant les substances albuminoïdes. — Les auteurs contredisent ce résultat. — Dans tous les cas, les microorganismes expérimentés n'ont été modifiés d'une façon notable ni dans leurs propriétés morphologiques et biologiques, ni dans leur développement. Des pressions égales et même supérieures à 90 atmosphères ne détruiraient ni le staphylocoque doré ni la bactéridie charbonneuse et n'influeraient point sur la virulence de cette dernière. L'autoclave à acide carbonique seul n'est pas un stérilisateur.

DASTRE.

Fall von Intoxication mit Atropinsulfur....., par FAHM (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte, n° 18, p.* 628, 15 *septembre* 1893).

Femme tentant de s'empoisonner en avalant 10 centigrammes de sulfate d'atropine. Au bout d'une heure, nausées, coliques, perte de la connaissance, accélération du pouls et de la respiration trismus, raideur de la nuque et jactation. Trois heures plus tard, 38°,6; anesthésie; érythème universel, sécheresse de la gorge et de la bouche, impossibilité d'avaler, début de phénomènes paralytiques. Une injection de 25 milligrammes de morphine procure une nuit calme; le pouls et la respiration diminuent de fréquence. Vers le matin, l'agitation reparaît mais la malade commence à répondre aux appels; rétention paralytique d'urine. Dans le cours du jour suivant, le pouls et la respiration redeviennent plus accélérés, la malade vomit à plusieurs reprises et le soir, elle a de nouveau du délire, en même temps que la paralysie vésicale persiste. Après une nuit de repos, obtenue par une injection de 2 centigrammes de morphine, la femme se réveille ayant recouvré presque entièrement la connaissance. Durant quatre jours, elle a encore de la constipation.

Fahm a vu survenir du délire et de la sécheresse de gorge chez 2 enfants, l'un une fillette de 7 ans, l'autre un garçon de 4 ans traités pour incontinence nocturne d'urine, la première avec deux doses de 7 décimilligrammes, le second avec deux doses de 2 1/2 décimilligrammes d'atropine.

Dans la discussion, Massini fait observer que les effets prolongés de l'atropine tiennent à sa lente absorption par l'estomac, ce qui justifie, même tardivement, l'emploi des lavages de l'estomac ou à défaut des injections d'apomorphine.

Quant à la morphine, elle n'agit pas comme antidote de l'atropine, mais en empêchant l'épuisement qui suivrait l'énorme agitation due à l'empoisonnement atropinique.

J. B.

Ueber unangenehme Nebenwirkungen des Diuretins (Effets désagréables de la diurétine), par HÖHN (*Wiener med. Wochens., n°* 34, *p.* 1420, 1893).

Un homme de 55 ans, atteint d'emphysème pulmonaire avec dilatation cardiaque et anasarque, prit, après maint autre diurétique, une solution de diurétine Knoll à 5 0/0. Après avoir absorbé environ 2gr,50 de diurétine en quatre heures, il ressentit une céphalalgie très forte, des vertiges, des vomissements, de l'angoisse et de l'excitation, ce qui lui fit interrompre la médication. Pour s'assurer de la cause de ces troubles, la médication fut suspendue pendant trois jours et reprise ensuite. La même dose ramena

les mêmes effets, et comme la première fois, il ne se produit aucune diurèse.

LEFLAIVE.

Deux cas d'intoxication par la strychnine chez les enfants, par LAZARD (*Journ. de clin. et de thérap. infantiles*, 22 *novembre* 1893).

Dans le premier cas il s'agissait d'un enfant de 5 ans, empoisonné par une dose indéterminée de teinture de noix vomique ; dans le second cas, le médecin avait prescrit, pour combattre l'incontinence d'urine chez un enfant de 3 ans, un sirop contenant 2 centigrammes et demi de sulfate de strychnine; pour 100 grammes d'excipient ; l'enfant prenait une cuillerée à café le soir. Une première série de 8 jours n'amena pas d'accidents, mais le 6e jour d'une nouvelle série, l'enfant fut pris de convulsions toniques généralisées, durant une minute et très rapprochées, provoquées par le moindre contact. Un lavement de chloral amena une garde-robe extrêmement abondante et la fin des convulsions.

H. L.

Beobachtungen über die bleibenden Folgen des Ergotismus für das Centralnervensystems, par R. WALKER (*Arch. f. Psychiatrie*, *XXX*, 2, *p.* 383).

Le travail de Walker se rattache à deux autres présentés précédemment par Tuczek et qui se rapportaient aux troubles nerveux et aux lésions spinales occasionnées par l'usage alimentaire d'un pain fabriqué avec du seigle ergoté. L'enquête faite par Walker sur un certain nombre de survivants de l'épidémie étudiée précédemment par Tuczek, démontre :

1° Que certaines manifestations en rapport avec une affection cérébro-spinale consécutive à l'ergotinisme paraissent être irréparables ; comme telles il y a lieu de mentionner les convulsions épileptiques, certains désordres psychiques, la céphalalgie, le vertige des troubles vaso-moteurs, des phénomènes de paresthésie ;

2° Que toutefois la restitution *ad integrum* peut se faire, alors que ces manifestations subsistent depuis très longtemps, et cela s'applique notamment au signe de Westphal, à l'abolition du phénomène du genou ;

3° Que ces manifestations n'attestent pas un caractère de progressivité.

Walker relate une nouvelle autopsie de malade mort longtemps après avoir subi les atteintes de l'ergotisme ; de son vivant, le sujet ne présentait plus, en fait de manifestations du tabes, que l'abolition du phénomène du genou. Or les cordons postérieurs étaient dégénérés dans une très grande étendue. La topographie de cette dégénérescence concordait d'une façon parfaite avec celle qu'avait notée Tuczek dans les cas autopsiés par lui. Il n'y avait pas non plus de dégénérescence des fibrilles des cornes postérieures et des colonnes de Clarke.

Une dernière série d'observations, relatées par Walker, concerne des malades qui ont été atteints des accidents de l'ergotisme dans leur première enfance. Ces observations démontrent que l'ergotisme entrave d'une façon très manifeste le développement corporel et intellectuel.

E. RICKLIN.

Sur l'action de l'eau oxygénée dans les intoxications par l'oxyde de carbone, par SPICA et MENEGAZZI (*Arch. di farmac. e terap.*, n° 23, *p.* 702, 1893).

D'après Spica et Menegazzi, l'eau oxygénée (à 0,5 0/0), injectée à de courts intervalles, à la dose d'un gramme (jusqu'à la dose totale de 6 gr.) chez les lapins préalablement soumis à l'inhalation d'air contenant de l'oxyde de carbone, peut déterminer la survie des animaux ou un rétablissement plus rapide que celui des animaux témoins. G. LYON

Zur Frage der Peptonurie bei der acuten Phosphorvergiftung (Peptonurie dans l'intoxication phosphorée aiguë), par ROBITSCHEK (*Deutsche med. Woch.*, n° 24, *p.* 569, 1893).

Une fille de 19 ans se suicide à l'aide d'allumettes phosphorées macérant dans la bière, le 27 novembre au soir. Elle vomit et souffre d'atroces douleurs gastriques. Le 30 novembre, on constate la coloration jaune des sclérotiques sans ictère cutané ; apyrexie, 90 pulsations. On pratique le lavage de l'estomac avec huit litres d'eau, puis avec une solution faible de sulfate de cuivre et enfin avec une solution de permanganate de potasse à 1 0/0.

L'urine contient du pigment biliaire et une grande quantité d'albumine ; elle est acide ; densité 1,014 ; cellules épithéliales pavimenteuses, leucocytes, globules rouges. La méthode de Devoto et celle de Hofmeister montrent que l'urine contient une masse énorme de peptone. Quantité d'urine, 785 centimètres cubes.

Le 1er décembre, 1560 centimètres cubes d'urine ; la peptonurie a diminué. Dans le sang, la réaction du biuret est douteuse.

Le 2, l'ictère a augmenté, le foie est gros. L'urine ne contient pas de peptone ; elle contient de l'albumine et des pigments biliaires. L'analyse est faite deux fois dans la journée avec des résultats identiques. Mort à 2 heures après midi.

Autopsie. Hémorragies dans les plèvres, le péricarde, les poumons, le péritoine, les calices, les bassinets. L. GALLIARD.

Degenerazione del midollo spinale nell' avvellenamento sperimentale per fosforo, par R. GURRIERI (*Rivista sper. di feniatria*, *XIX*, *p.* 415, 1893).

En faisant l'examen des organes d'un chien mort après ingestion quotidienne de phosphore, Gurrieri a constaté dans la moelle une altération des faisceaux pyramidaux croisés depuis la région cervicale jusque dans la région lombaire. En outre, à partir du tiers inférieur de la région dorsale, on note une dégénération des cordons de Goll et de Burdach, qui se montre de plus en plus marquée à mesure que l'on remonte dans la région dorsale. Dans la région cervicale, cette dégénération se continue dans le cordon de Goll. Gurrieri pense que, ainsi que l'a déjà dit Vassale, les caractères objectifs histologiques pourraient permettre de déceler les dégénérescences de cause chimique de celles de cause traumatique. PIERRE MARIE.

THÉRAPEUTIQUE.

Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale, par PAUL LE GENDRE et A. BROCA (*Un vol. grand in*-8°, 610 *p., Paris* 1894).

La médecine infantile est certainement celle qui présente au jeune praticien le plus de difficultés, le plus d'écueils. Les maladies n'ont dans le jeune âge ni la même égalité de symptômes, ni la même allure, ni la même évolution que chez l'adulte ; l'exploration clinique offre des particularités très marquées et cependant c'est là que le diagnostic s'impose rapide et précis. La thérapeutique infantile s'éloigne enfin par bien des points de celle de l'âge moyen. Les différents problèmes soulevés par ces questions complexes me semblent avoir été résolus avec une rare précision par les auteurs de ce traité. Ils se sont, en effet, gardés de s'en tenir à la thérapeutique banale, à une énumération plus ou moins fastidieuse de divers médicaments. Leurs visées sont plus hautes et l'hygiène, les soins généraux, l'art de conduire à bien le développement, la croissance, d'éviter les accidents inhérents au premier âge par l'alimentation vicieuse, les fatigues, etc., tiennent dans leur ouvrage une large place.

Le Gendre a retracé à grandes lignes, dans un exposé magistral, les principes de la thérapeutique chez l'enfant. Il faut, dit-il, pour les bien soigner, allier à beaucoup de douceur et de patience une grande fermeté ; et les sages conseils de déontologie qu'il donne à ce propos seront médités avec fruit par ses jeunes confrères.

La première partie comprend une série de chapitres, où sont développés ces principes généraux. Le premier a trait à l'étude de l'alimentation ; chez le nouveau-né, c'est la grosse question de l'allaitement naturel (choix de la nourrice, conditions requises pour la bonne santé de celle-ci, examens du lait, etc.) ou de l'allaitement artificiel (méthodes de stérilisation et de conservation du lait). Ce chapitre résume la question d'après les données scientifiques les plus modernes. L'alimentation est ensuite examinée suivant l'âge de l'enfant et suivant son état de santé.

Le second chapitre est consacré à l'examen des moyens thérapeutiques externes : les bains simples ou médicamenteux, les exercices, la gymnastique. A citer une discussion sur les révulsifs, le vésicatoire en particulier où les auteurs précisent les indications de ce moyen tour à tour trop vanté et trop décrié et qui a, comme ils le montrent, une valeur réelle, à la condition de le bien employer.

Dans les chapitres suivants, nous passons à la thérapeutique médicamenteuse : doses, formules, et enfin aux grandes indications à remplir suivant l'état du jeune malade : moyens antipyrétiques, antiseptiques, médication évacuante, tonique, etc.

La seconde partie n'est que l'application à chaque maladie ou lésion, classée par ordre alphabétique, des principes formulés dans les pre-

mières pages. Quelques lignes d'exposé symptomatique pour préciser le diagnostic précèdent l'indication du traitement. Chaque article est aussi résumé que possible et cependant on est assuré, en le lisant, d'être fixé sur la vraie ligne de conduite à suivre. Ce ne sont pas, en effet, des énumérations de tout ce qui a pu être fait dans tel ou tel cas; les auteurs ont fait un choix raisonné d'après leur expérience personnelle et ils ont pu donner ainsi à leur œuvre un cachet d'originalité qu'on ne trouve pas dans beaucoup de livres de ce genre. A. CARTAZ.

Formulaire thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants, par COMBY (*In*-8° *Paris*, 1894).

Ce volume renferme sous une forme concise mais très lucide le résumé d'abord des symptômes caractéristiques des maladies ou des états morbides que l'on peut avoir à combattre chez les enfants; puis des traitements appropriés à chacune de ces affections; les indications thérapeutiques et les mesures prophylactiques sont exprimées d'une manière très pratique et Comby a su faire un choix heureux au milieu des formules ou des procédés si souvent compilés sans esprit de discernement.

H. L.

Influence des bains froids sur la température centrale et sur les combustions respiratoires, par C. SIGALAS (*Soc. de biologie*, 20 *janvier* 1894).

L'auteur expérimente sur le chien. Le premier effet du bain froid est un refroidissement rapide (1re phase); puis plus lent (2e phase), suivi de réchauffement assez tardif (3e phase). Il y a dans la première phase une augmentation des combustions organiques, accroissement de l'oxygène absorbé; cet état de choses se maintient après la sortie du bain (2e phase). Dans la période de réchauffement, la quantité d'O absorbée décroît et revient à la normale. L'effet antithermique du bain froid ne peut pas s'expliquer par une diminution dans la production de chaleur. DASTRE.

Sur l'influence du bain russe sur l'assimilation des matières grasses de l'alimentation chez l'homme sain, par F.-I. VETOCHNIKOFF (*Thèse de St-Pétersbourg*, 1893).

Dans la période des bains (3 jours), l'assimilation des graisses de l'alimentation s'améliore par rapport à la période avant les bains (3 jours) dans une proportion de 0,37 0/0. Dans la période qui suit l'administration des bains (3 jours), l'assimilation des graisses s'améliore, par rapport à la période avant les bains, de 1,064 0/0, et s'améliore, par rapport à la période balnéaire, de 0,46 0/0.

Sprengine, Popow et Guerasimoff, qui ont étudié l'influence des bains sur l'assimilation des graisses, ont trouvé que cette assimilation varie peu. Tous ces auteurs qui ont travaillé sous la direction de Tchoudnowski ont suivi une technique uniforme, à l'abri de tout reproche.

H. FRENKEL.

Ueber den Einfluss von Salzbädern..... (De l'influence des bains salés sur l'excrétion d'azote de l'homme), par KŒSTLIN (*Fortschr. der Med., XI*, 18, *p.* 727).

Voici la conclusion de ce travail : 1° un bain simple chaud d'une heure de durée est sans influence sur les transformations des albuminoïdes du corps ; 2° les bains de sel de Strassfurt à 4 0/0 abaissent de 1 gr. à 1 gr. 1/2 l'excrétion d'azote ; 3° ceux à 20 0/0 ont la même action ; 4° les bains de sel de cuisine à 4 0/0 et à 20 0/0 sont sans influence sur la nutrition ; 5° les bains sinapisés chauds ne la modifient pas non plus. Ces expériences peu nombreuses ont été faites dans des solutions artificielles de ces sels. C. LUZET.

Sur la teneur du lait cru gazeux en caséine, albumine, albumose et peptone, par W.-S. BORISOWSKI (*Thèse de St-Pétersbourg*, 1893).

L'idée de charger le lait cru d'acide carbonique dans un but médicamenteux appartient à Botkine, mais c'est Pasternatzki qui l'a réalisée sur une base plus large, en introduisant la cure par le lait gazeux en 1890. Le lait gazéifié, en outre de son goût agréable et rafraîchissant, peut avantageusement remplacer le kéfir et le koumys, grâce à sa parfaite digestibilité.

B. étudie les procédés techniques pour charger le lait avec de l'acide carbonique et donne la préférence à l'acide carbonique liquide.

Les analyses chimiques du lait gazéifié ont montré que la teneur du lait en caséine, albumine, albuminose et peptone n'est pas diminuée. L'examen microscopique de ce lait prouve que les globules du lait deviennent plus petits sans changer de leur forme et que le lait contient de tout petits caillots de caséine. H. FRENKEL.

Action hypothermisante des badigeonnages de cocaïne, par GELEY (*Lyon méd.*, 14 *janvier* 1894).

Chez un malade auquel on avait prescrit un badigeonnage au gaïacol, on fit par erreur un badigeonnage à la cocaïne ; il y eut une chute de la température. On fit alors des essais et on constata que des badigeonnages avec une solution de 0,05 à 0,10 pour un gramme d'eau ont une action antithermique analogue, mais inférieure à celle du gaïacol.

A. CARTAZ.

Du traitement de la neurasthénie par la transfusion nerveuse, par C. PAUL (*Bull. gén. de thérap.*, 23 *octobre* 1893).

Ce travail est basé sur cinquante-trois observations de transfusion nerveuse chez des malades atteints de neurasthénie sans affection organique.

La neurasthénie étant un épuisement nerveux qui peut être ou physiologique ou morbide, la transfusion nerveuse, faite avec une dilution de la substance grise du cerveau et habituellement du cerveau de mouton, provoquera la production de nouvelles forces nerveuses. C'est un tonique nerveux par excellence. Le premier bénéfice de cette transfusion est de

donner un peu de sommeil, condition nécessaire pour la transformation des forces alimentaires en forces physiologiques.

Ces forces reviennent le plus souvent dans le même ordre. D'abord l'émotivité diminue, puis les sens se réveillent, l'intelligence se développe. Puis l'appétit revient, les forces physiques augmentent; alors la thérapeutique ordinaire redevient active alors qu'elle n'agissait pas auparavant. Une chose à remarquer est l'heureuse influence de la transfusion nerveuse sur la force du cœur. Enfin, quand l'organisme a repris son équilibre, la virilité reparaît comme complément de la guérison.

R. FAURE-MILLER.

Die Bedeutung der Suspensionen bei einigen Rückenmarksaffectionen (La signification des séances de suspension dans quelques affections de la moelle), par W. v. BECHTEREW (*Neurol. Centralbl.*, *n°* 18, 1893).

Dans les cas de compression de la moelle et de myélite par compression, la suspension a procuré à Bechterew, même seulement au bout de quelques séances, des résultats très favorables. De même dans les cas invétérés de syphilis médullaire qui n'avaient été que pas ou peu influencés par le traitement spécifique, et dans des cas de lésion transverse de la moelle.

Dans tous ces cas l'effet favorable de la suspension se traduisit par une amélioration plus ou moins prononcée de la démarche et une augmentation de force dans les membres inférieurs, par la disparition des paresthésies, et une amélioration des troubles de la vessie et du rectum, ainsi que par une diminution de l'excitabilité réflexe des membres inférieurs. Cette amélioration fut d'ailleurs loin de rester transitoire.

Bechterew reconnaît d'ailleurs l'utilité d'employer conjointement les révulsifs, notamment les pointes de feu. Il ajoute que dans certains cas de troubles de la vision coïncidant avec des affections de la moelle, la suspension a également fort bien agi sur ceux-ci.

Au contraire, la suspension est contre-indiquée dans les cas où le processus morbide se caractérise par une forte hyperesthésie de la région dorsale et par des douleurs produites par un mouvement même léger du rachis.

Comme procédé opératoire, Bechterew recommande surtout l'appareil de Sprimon ; quant à lui, il fait usage d'un appareil spécial dont un croquis est joint à son travail. La suspension par la tête et les coudes lui semble supérieure à celle pratiquée par les aisselles. Suivent des détails de technique opératoire.

PIERRE MARIE.

Les sanatoria pour le traitement de la phtisie, par A. MŒLLER (*In-8°*, *Bruxelles*, 1894).

Partant de cette idée, qu'il soutient depuis longtemps, que la phtisie est curable, M. étudie les conditions générales du traitement de cette maladie. La base du traitement doit être l'application méthodique des règles d'hygiène, respiration d'un air pur, salubre, sans poussières, vie au grand air. Ces conditions se trouvent réalisées d'une façon parfaite dans les climats de montagnes. Ce sera au médecin de juger quelle

altitude, quel climat conviennent plus particulièrement à son malade. M. examine successivement les divers sanatoria installés en France, en Allemagne, en Suisse, etc., en donne une description détaillée et pittoresque et montre, à propos de chacun, les règles thérapeutiques imposées pour obtenir, de ces séjours, les meilleurs résultats possibles.

A. CARTAZ.

Traitement de la tuberculose par la créosote, par BURLUREAUX (*In*-8° 356 *p.*, *Paris*, 1894).

B. préconise depuis plusieurs années le traitement de la tuberculose par les injections d'huile créosotée à hautes doses. On connaît la technique de sa méthode. (Voy. *R. S. M.*, XXXVIII, 218, 520). Les résultats qu'il a obtenus sont des plus remarquables ; et ce qui donne une grande valeur à sa statistique, c'est que, pourvu d'un service hospitalier militaire, il a pu réaliser d'une façon parfaite tous les détails de sa méthode et suivre les malades pendant un temps prolongé. Il a traité ainsi 262 cas, dont 215 de tuberculose pulmonaire. Sur ce dernier chiffre de 215, on compte 5 guérisons complètes, 151 améliorations manifestes et durables, 33 avec amélioration notable de l'état général, mais sans amélioration bien réelle de l'état pulmonaire. Dans 26 cas, les résultats ont été nuls ou insignifiants.

Telle quelle, cette statistique est des plus encourageantes et l'on en citerait peu de pareilles sous l'action d'autres moyens thérapeutiques. B. insiste longuement sur les précautions à prendre pour obtenir ces résultats, sur les complications possibles, quoique rares, et sur les avantages de l'absorption de la créosote par cette voie, comparée à l'ingestion stomacale ou rectale.

A. CARTAZ.

Ueber die Behandlung der Tuberkulose mit Creosotklysmen (Du traitement de la tuberculose par les lavements créosotés), par ELLMANN et POPPER (*Wiener med. Wochens.*, *n°s* 13 *à* 15, 1893).

Les auteurs ont traité par les lavements créosotés onze malades, savoir : six tuberculeux chroniques plus ou moins avancés, quatre aigus et un douteux. Chez deux de ces malades atteints de lésions intestinales, le traitement n'a pu être poursuivi. Trois malades ont mal supporté les lavements créosotés ; trois autres les ont bien tolérés ; pour les trois derniers, on a constaté de l'irrégularité des fonctions intestinales, mais qu'on ne peut pas attribuer exclusivement à la thérapeutique. Les lavements créosotés ne peuvent pas être continués quand il survient de la diarrhée, d'autant plus qu'ils semblent l'exagérer.

Au point de vue thérapeutique, cette méthode d'administration de la créosote ne paraît pas avoir une influence marquée sur l'appareil pulmonaire, et on ne saurait dire que la méthode de Revilliet constitue un progrès dans le traitement par la créosote. Elle est utile cependant à connaître ; car lorsque la créosote s'est précédemment montrée efficace, mais n'est plus supportée par l'estomac, on peut l'administrer par le rectum au niveau duquel elle s'absorbe en quantité notable.

LEFLAIVE.

Créosote et tuberculose, par H. AUDÉOUD (*Thèse de Genève*, 1893).

La créosote n'a pas plus que les autres médicaments employés jusqu'à présent contre la tuberculose une vertu spécifique, mais elle possède une action réelle. Elle n'agit pas comme antibacillaire, mais plutôt comme un irritant substitutif.

Le traitement doit être continué sans interruption pendant plusieurs mois. Il ne doit pas faire négliger les indications accessoires, ni le traitement général. Son action favorable s'exerce surtout dans les tuberculoses à forme chronique ou subaiguë, apyrétiques, même avec hémoptysies. Le traitement est aussi bien supporté chez l'enfant et le vieillard.

La créosote est contre-indiquée comme inutile, quelquefois même comme nuisible, dans les formes aiguës, rapides, fébriles, dans la pleurésie et l'entérite tuberculeuses, lorsqu'il y a des symptômes de néphrite et dans certaines idiosyncrasies.

La créosote en applications locales a une action favorable sur la laryngite tuberculeuse. Les lavements sont une manière pratique d'administrer ce médicament ; ils sont bien tolérés pendant de nombreux mois, sans produire de troubles intestinaux.

La voie rectale semble mériter la préférence dans les cas où le traitement créosoté est indiqué. J. B.

Créosote dans la tuberculose pulmonaire, par J.-T. WHITTAKER (*Therapeutic Gaz.*, 15 *juillet* 1893).

Dans ce travail, Whittaker établit que la créosote, quand elle est pure, est sans aucun effet nuisible. Elle n'agit point, comme on l'a cru, directement sur le bacille de la tuberculose; d'ailleurs la tuberculose pulmonaire est surtout une infection secondaire créée par un streptocoque. La créosote n'agit pas non plus directement sur ce streptocoque; elle n'a donc aucun effet sur la fièvre hectique.

La créosote détruit les organismes inférieurs, surtout ceux qui déterminent la fermentation, sans affecter le processus de la digestion.

En conséquence, l'action de la crésote, qui est indéniable dans la plupart des cas, porte principalement, mais non exclusivement, sur la nutrition générale. R. FAURE-MILLER.

Welches ist die empfehlenswertheste Behandlung der Pneumonie, par SZIKLAI (*Wiener med. Presse*, 21 *et* 28 *janvier* 1894).

On a préconisé dans le traitement de la pneumonie: la quinine, l'iodure de potassium (Velten), la provocation d'abcès artificiels (Fochier), la digitale à doses massives (Petrescu), la séro-thérapie (Behring), etc. A tous ces traitements, Sziklai préfère l'administration de la pilocarpine conformément aux règles posées antérieurement par lui dans le traitement de la diphtérie laryngée et sous forme d'une solution de pilocarpine et d'antipyrine, à doses proportionnées à l'âge du malade, dans une légère infusion d'ipécacuanha. Dans l'espace de 18 mois, il a traité suivant sa méthode 40 pneumoniques sans aucun insuccès. CART.

Ueber die Anwendung des Natriums salicylicum..... (De l'emploi du salicylate de soude dans la pleurésie), par L. HERZ (*Wiener med. Wochens., n° 41, p.* 1660, 1893).

Le salicylate de soude administré à la dose de 6 grammes environ a la plus heureuse influence sur la pleurésie à frigore ; le point de côté disparaît de suite et les signes physiques s'effacent peu après. Si le traitement est précoce, il ne se fait guère d'exsudat. Les meilleurs résultats s'obtiennent pour les pleurésies liées au rhumatisme articulaire.

LEFLAIVE.

Zur Behandlung des Asthma bronchiale s. nervosum (Traitement de l'asthme bronchique ou nerveux), par KRUSE (*Wiener med. Wochenschr., n*s 22 *et* 23, 1893).

Le séjour au bord de la mer pendant quelques semaines est un des traitements les plus efficaces de l'asthme rebelle. De 56 asthmatiques qui ont pu être observés et suivis assez longtemps, 29 ont été entièrement guéris et 10 très améliorés ; pour les autres, il en est un bon nombre qui n'ont pas été soumis assez longtemps à ce traitement. Les accès d'asthme ne disparaissent pas dès l'arrivée au bord de la mer et leur apparition ne doit pas décourager les malades. Les bains de mer ne doivent être permis qu'aux asthmatiques qui depuis un temps assez long n'ont pas eu d'accès.

LEFLAIVE.

Ein Beitrag zur Cholerabehandlung (Traitement du choléra), par G. BONNE (*Deutsche med. Woch., n°* 42, *p.* 1028, 1893).

Un bon remède contre le choléra doit réunir les avantages suivants. Il doit être bon désinfectant, rapide dans ses effets, peu transformable dans l'estomac et l'intestin, anesthésique et antispasmodique sans nuire a la contractilité intestinale ni au cœur, inoffensif pour les muqueuses et pour les reins, tonique, diaphorétique, diurétique, de réaction acide, facile à administrer à la fois par la voie rectale et par la voie buccale.

L'auteur a institué des expériences d'après lesquelles le thé de Chine additionné d'essence de menthe poivrée répond à toutes ces indications.

Le malade enveloppé de couvertures de laine doit boire toutes les cinq minutes, puis tous les quarts d'heure, toutes les 30 minutes et enfin toutes les heures une tasse de thé noir très foncé et très chaud avec 20 à 30 gouttes d'alcoolature de menthe poivrée. S'il est nécessaire, on administre de la morphine ou des lavements de thé ou de tannin avec ou sans essence de menthe poivrée.

L. GALLIARD.

Le bain chaud dans le choléra, par DUCAMP, JAUSSAUD et MAGNOL (*Nouveau Montpellier méd., n*os 51 *et* 52, *p.* 1005 *et* 1025, 1893).

Ducamp, Jaussaud et Magnol ont traité trois cholériques par les bains chauds (à 42°), donnés au nombre de trois par jour pendant un quart d'heure. Dans les trois cas la guérison est survenue. Pendant la période algide, sous l'influence du bain chaud, la température se relève momentanément.

Le bain chaud paraît avoir pour effet d'activer la circulation périphé rique, de diminuer le spasme vasculaire et de diminuer aussi par suite la résistance que le cœur trouve du côté des vaisseaux. La voie rénale étant ouverte, les toxines peuvent s'éliminer. G. LYON.

Ueber Cholerabehandlung, par WITKOWSKI (*Wiener med. Presse*, 8 *octobre* 1893).

N'attribuant qu'un rôle secondaire à l'épaississement du sang dans la mort par choléra, W. n'est partisan ni de l'entéroklyse, ni de l'hypodermoklyse, ni de la phléboklyse, qu'il accuse même de hâter le dénouement fatal par la brusque augmentation de la pression sanguine et par les changements dans la constitution chimique du sang qu'elles provoquent. Dans le traitement du choléra trois indications sont à remplir : l'élimination du poison cholérique, le relèvement de l'activité cardiaque, la désinfection de l'intestin. A la première indication répondent les vomissements et la diarrhée profuse qui seraient ainsi providentielles (effort curateur de la nature cherchant à éliminer de l'organisme les principes nocifs) ; la seconde indication est passible des injections sous-cutanés de camphre et enfin la troisième, désinfection intestinale, s'obtient au moyen du salol à hautes doses associé au salicylate de bismuth, ou encore d'une association de chlorhydrate de cocaïne, de créosote de hêtre, d'acide chlorhydrique, on peut également employer une émulsion d'ichthyol et d'iodol.

Il dit avoir avec succès mis en pratique sa méthode au cours d'une épidémie ayant éclaté en octobre et novembre 1892 à Bychawa dans le district de Lublin. CART.

Ueber einen mit Teucrin behandelten Fall von kaltem Abscess, par KAHANE (*Wiener med. Presse*, 1er *janvier* 1894).

Homme de 19 ans, porteur d'un abcès froid s'étendant de la dernière vertèbre cervicale au sacrum. Traitement : le 19 septembre 1893 première injection de 3 grammes de teucrine à 9 h. 1/2 du matin ; à 6 heures du soir, température 39°,5, pas de douleurs locales ; le 23 septembre, deuxième injection de 3 grammes à 10 heures du matin, température 38°,6 à 3 h. 1/2 de l'après-midi ; le 27 septembre, troisième injection de 3 grammes à 10 heures du matin, température à 5 h. 1/2 39°,5, douleurs locales ; le 30 septembre, incision de l'abcès contenant deux litres de pus environ. Le 11 novembre 1893, les parois de l'abcès sont accolées, de sorte que l'on ne peut plus faire à la vue le diagnostic rétrospectif d'abcès froid ; c'est à peine s'il persiste une fistule de 2 centimètres de profondeur, par laquelle s'écoule une légère sécrétion séreuse n'ayant aucune des qualités du pus tuberculeux.

Kahane est nettement partisan du traitement des abcès froids par la teucrine suivant la méthode de Mosetig-Moorhof qui n'a pas encore pour elle une statistique nombreuse. (Voy. *R. S. M.*, XLII, 511, 512).

CART.

Ueber die Wirkungen der Injektionen von Thiosinamin auf das Blut (De l'action des injections de thiosinamine sur le sang), par RICHTER (*Wiener med. Woch.*, *n°* 28, *p.* 1212, 1893).

Les injections faites à la dose de $0^{gr},3$ à 1 gramme d'une solution alcoolique à 15 0/0 chez 19 malades (lupus, ulcères de jambe, rétrécissements de l'urètre), n'ont pas donné des résultats thérapeutiques bien encourageants. L'action sur le sang cependant a été nette.

A la suite de l'injection, il se fait une rapide diminution du nombre des leucocytes dont le chiffre se réduit au tiers de ce qu'il était auparavant. Au bout de quatre heures, cet effet a disparu. Le nombre des hématies reste normal. La teneur du sang en hémoglobine a paru accrue.

Cinq fois seulement, sur quatre malades atteints de lupus, il y a eu réaction locale, mais non résorption des nodules lupiques. De deux malades porteurs de taies de la cornée, l'un a paru retirer des injections de thiosinamine quelques avantages au point de vue du rétablissement partiel de l'acuité visuelle. LEFLAIVE.

The subcutaneous injection of salt solution a substitute for the intravenous method; report of cases and a simple apparatus, par COBB (*Boston med. and surg. Journ.*, 28 *septembre* 1893).

Dans son service, Cobb a substitué l'hypodermoklyse à la phléboklyse dans le traitement du collapsus par les injections d'eau salée. Il rapporte 6 observations où il a mis sa méthode en pratique avec avantage pour les malades. Outillage opératoire très simple : un gros trocart, un tube de caoutchouc de 2 mètres de longueur, un entonnoir en caoutchouc durci, le tout bien aseptisé. Sous une pression de 1^m 50 à 2 mètres, le liquide pénètre avec grande facilité dans les tissus sous-cutanés où il est absorbé avec une surprenante rapidité. CART.

Traitement de quelques infections pyogènes par la provocation d'abcès hypodermiques, par GUILLAUMONT (*Thèse de Paris*, 1893).

Guillaumont revient sur la méthode de Fochier. Son travail est basé sur un grand nombre d'observations, neuf pour les fièvres puerpérales, une trentaine pour les pneumonies graves. Il discute la valeur de cette méthode dans les affections pyogènes en général, dans la fièvre puerpérale et la pneumonie infectieuse en particulier, et établit la technique de la méthode.

Il pense, en définitive, que les résultats cliniques sont actuellement assez satisfaisants pour admettre en thérapeutique la méthode de traitement indiquée par Fochier (voir *R. S. M.*, XLI, 529), qu'ils autorisent dans l'avenir l'emploi de cette médication dans certains cas de maladies infectieuses ayant des tendances à former des suppurations.

La nature du liquide injecté importe peu; il est essentiel, au contraire, que celui-ci soit assez irritant ponr produire une suppuration locale rapide. On peut se servir avec grand avantage de l'essence de térébenthine que Fochier a finalement adoptée après plusieurs essais avec d'autres substances. Il suffit en général d'injecter 2 ou 3 centimètres cubes

de liquide. Mais si, au bout de quelques heures, la phlegmasie ne s'est pas produite, on peut recourir à de nouvelles injections. Dans tous les cas, la méthode de Fochier doit rester cependant une méthode exceptionnelle et n'être appliquée qu'après que les méthodes ordinaires de traitement ont échoué. R. FAURE-MILLER.

Coffein bei Herz und Nierenhrankheiten (La caféine dans les maladies du cœur et des reins), par PAWINSKI (*Zeitsch. für klin. Med.*, *XXIII*, *r.* 440).

Lésions valvulaires. En cas d'arythmie cardiaque, de troubles de la compensation, la caféine ne doit être donnée qu'après l'action de la digitale et du strophantus. Peu d'action régulatrice du cœur, pas d'action sur le pneumogastrique. La caféine servira donc surtout dans les affections très anciennes où les autres médicaments sont épuisés

Affections du rein. La caféine agit moins en cas de lésions par dilatation du cœur gauche que le strophantus, la digitale, souvent même le régime lacté exclusif.

Affections du muscle cardiaque. C'est dans ces affections, qu'elles soient dues à une dégénérescence (myocardite chronique, dégénérescence interstitielle, sclérose des coronaires) ou fonctionnelles que la caféine agit le mieux. Ce n'est qu'en cas d'asystolie marquée qu'on doit préférer la digitale. Même indication dans les cas aigus d'insuffisance cardiaque.

La caféine agit surtout comme excitant du système nerveux et des centres vaso-moteurs. Elle a une action diurétique propre et parfois narcotique très utile. Il est souvent utile de l'associer à la morphine. Les doses peuvent atteindre 2 grammes par jour. A.-F. PLICQUE.

Contribution à l'étude de l'action des alcalins sur la digestion gastrique chez l'homme, par LINOSSIER et LEMOINE (*Arch. gén. de méd.*, *juin* 1893).

Ce travail est le résultat d'expériences faites sur un malade atteint de mérycisme. De leurs expériences, les auteurs concluent que :

Le bicarbonate de soude est à toutes les doses, même à la dose massive de 10 grammes, un excitant de la sécrétion gastrique. L'excitation de la sécrétion gastrique a pour premier effet la saturation de l'alcalinité, qui est toujours réalisée rapidement.

Quand la dose de bicarbonate de soude est faible, l'excitation de la sécrétion se continue après la saturation de l'alcalinité et cause une augmentation légère et fugace de l'acide chlorhydrique.

Quand la dose est moyenne, l'excitation est plus prolongée et le maximum de la proportion d'acide chlorhydrique est plus élevé.

Quand la dose est forte, l'excitation s'arrête avec la saturation de l'alcalinité et la proportion de l'acide chlorhydrique peut être inférieure à la normale, quand les aliments quittent l'estomac.

Le bicarbonate de soude favorise la production des acides organiques de fermentation pendant la période qui sépare l'ingestion du retour à l'acidité normale.

L'action excitante du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique se manifeste au maximum, quand il est administré une heure avant le repas. La dose de 5 grammes est celle qui a permis de constater

l'excitation la plus vive et la plus prolongée de la sécrétion gastrique.

L'action du bicarbonate de soude, quand ce médicament a été employé pendant plusieurs jours, se prolonge au delà du jour où est administrée la dernière prise.

Au point de vue thérapeutique, il résulte des expériences de Linossier et Lemoine que le bicarbonate de soude trouve son indication la plus précise quand la sécrétion gastrique est insuffisante. Il doit être administré, dans ces cas, un certain temps avant le repas. RICHARDIÈRE.

I. — Influence des rayons ultra-violets sur la variole, par LINDOLM (*Hospitals Tidende*, 1893).

II. — La variole et l'obscurité, par JUHEL RENOY (*Soc. méd. des hôp.*, 8 *décembre* 1893).

I et II.—L. a essayé la méthode de Finsen en supprimant tous les rayons ultra-violets par des carreaux et des rideaux rouges. 20 malades, dont 10 enfants non vaccinés, ont été traités avec succès et guéris malgré une variole grave; dans un cas il s'agissait de variole noire. Pas de fièvre de suppuration et peu de cicatrices. A. C.

Juhel Renoy a essayé aussi cette méthode sans succès; il ne croit pas à son efficacité dans les cas graves. Peut être dans les cas bénins, atténue-t-elle la pigmentation. H. L.

Treatment of small-pox by non-admittance of the chemical rays of light, par HOGNER (*Boston med. and surg. journal*, 11 *janvier* 1894).

Après avoir mentionné les travaux de Widmark sur l'influence de la lumière sur la peau, Hogner analyse dans cet article les divers écrits de Finsen sur ce même sujet, à la suite desquels Lindolm et Svendsen mirent pour traitement des varioleux dans des chambres, closes par des fenêtres à vitres rouges et le stade de suppuration était évité; il n'y avait ni élévation de température, ni œdème ; aprés la vésiculation qui était de courte durée, le malade entrait immédiatement en convalescence et n'était pas défiguré par des cicatrices. CART.

Ueber zwei Fälle von Diabetes mellitus mit Pankrenssaft behandelt, par Ferd. BATTISTINI (*Therap. Monatsh.*, *n°* 10, *p.* 494, *octobre* 1893).

Le suc pancréatique employé fut toujours aussi aseptique que possible, et préparé avec des pancréas frais de veau et de mouton. Le pancréas coupé en petits morceaux fut mis à digérer vingt-quatre heures dans un poids égal de glycérine ou de solution physiologique de chlorure de sodium : on exprima au bout de ce temps. Les solutions furent filtrées sur papier stérilisé et injectées pures ou diluées de moitié d'eau stérilisée (extrait glycériné). Les précautions d'antisepsie absolue furent prises (il y eut cependant un abcès). La dose employée fut de 5 centimètres cubes au début, puis progressivement portée à 15 et 20 centimètres cubes.

Dans deux cas il y eut diminution du sucre et augmentation de la diurèse. La diminution est passagère avec de petites doses, un peu durable à doses moyennes. PAUL TISSIER.

Traitement de deux cas de tétanos traumatique et guérison de l'un d'eux par le sérum sanguin de chiens immunisés, par Th. REMESOFF et S. FEDOROFF (*Centralbl. 1. Bakter., XV, p.* 115).

Comparant les deux cas qu'ils ont observés, à ceux qui ont été déjà traités par les inoculations de sérum d'animaux vaccinés, par Gagliardi, Schwarz, Tizzoni, Rénon, Roux et Vaillard, etc., les auteurs concluent qu'on peut diviser en quatre groupes tous ces cas ;

1° Ceux où les symptômes du tétanos se sont atténués aussitôt après l'injection, et ont disparu progressivement ;

2° Ceux où la maladie est restée stationnaire après l'injection, avant de commencer à s'améliorer ;

3° Ceux où, dès l'injection, aucun autre-muscle que ceux pris auparavant, n'est atteint de convulsions tétaniques, bien que les derniers symptômes apparus puissent encore s'accroître ;

4° Ceux où, malgré l'inoculation, la mort survient.

Si l'on étudie toutes ces observations, on remarque que l'inoculation de sérum abrège notablement la durée de la maladie ; qu'elle provoque presque toujours une sensation d'amélioration ; qu'elle fait tomber la température, donne un sommeil plus calme, affaiblit et raréfie les crampes, diminue la fréquence du pouls. Les auteurs n'hésitent pas à attribuer au traitement la guérison de leur premier cas que tous les symptômes concordaient à annoncer comme des plus graves. E. MOSNY.

Traitement de l'érysipèle par les chloro-phénols et les bromo-phénols, par M. J. TSCHOURILOW (*Arch. des sc. biol. de St-Pétersbourg, II, p.* 329).

Connaissant l'action antiseptique énergique des chloro et des bromophénols, l'auteur eut l'idée de les essayer pour le traitement abortif de l'érysipèle. Il utilisa l'ortho et le parachlorophénol et l'orthobromophénol, en onguents contenant de 1 à 3 grammes d'une de ces substances pour 100 grammes de vaseline. Deux fois par jour il frictionnait avec ces onguents la plaque d'érysipèle, pendant une minute chaque fois.

Sans être absolument décisifs, ses résultats sont encourageants ; et peut-être le succès serait-il plus rapide et plus complet si l'on avait recours aux injections hypodermiques. E. MOSNY.

Note sur un cas de tuberculose péritonéale guéri par les injections intra-péritonéales de naphtol camphré, par RENDU (*Société méd. des hôpitaux*, 27 *octobre* 1893).

Une femme de 25 ans, qui souffrait depuis 5 semaines de troubles digestifs et de douleurs abdominales, entre à l'hôpital avec une ascite considérable et un double épanchement pleural, symptomatiques d'une tuberculose péritonéopleurale, confirmée par un grand amaigrissement et la fièvre vespérale. Après avoir retiré 7 litres de sérosité claire de la cavité abdominale, Rendu injecta 5 seringues de Pravaz de naphtol camphré pur ; les suites furent simples ; quelques douleurs sourdes et des coliques sans diarrhée ; au bout de quelques jours la fièvre tomba définitivement et l'appétit revint ; le liquide ne se reproduisit pas. On sentait dans tout l'abdomen une sensation de résistance diffuse. Ce gâteau péritonéal disparut peu à peu dans la région hypogastrique, puis dans la région sus-ombilicale, et 3 mois après l'opération le ventre avait retrouvé toute sa souplesse ; du côté des plèvres la

disparition du liquide s'était effectuée sans intervention en 6 semaines ; la malade gagna 12 livres en 2 mois et demi.

A la suite de cette communication, divers membres rapportent des cas de guérison à la suite de badigeonnages iodés et collodionnés, de pointes de feu, de vésicatoires volants répétés, de frictions mercurielles, etc. L.H.

Stoffwechsel bei Entfettungen (Echanges nutritifs dans les cures d'amaigrissement), par DAPPER (*Zeitsch. f. klin. Med., XXIII*, 113).

D. s'est soumis lui-même à une série d'expériences pour établir le bilan de la nutrition dans les différents régimes et chercher un régime d'amaigrissement qui assure une forte déperdition de graisse sans déperdition d'albuminoïdes. A cet égard les résultats les plus satisfaisants paraissent avoir été un régime composé de 500 grammes de viande, 84 grammes d'œufs, 100 grammes de caviar, 45 grammes de gateaux, 30 grammes de graisse, 200 grammes de salade, 400 grammes de bière en moyenne, 300 grammes de café, 700 grammes eau. La perte de poids fut de 4kg,3, le bilan des albuminoïdes restant en augmentation. Voici le tableau résumé de cette expérience :

Perte quotidienne de poids	0kg,342
Accroissement d'albuminoïdes	0kg,025
Perte de graisse	0kg,115
Perte d'eau et de sels	0kg,252

Mais D. reconnaît que les résultats sont fort inconstants. Les analyses seules, faites au cours des cures d'amaigrissement, permettront d'éviter les déperditions d'albuminoïdes. A.-F. PLICQUE.

Traitement diététique de la maladie de Graves, par THOMPSON (*New York neurological Soc., mai* 1893).

Thompson a obtenu par le régime lacté une amélioration considérable dans un cas de maladie de Graves, amélioration qui cessait dès qu'on reprenait le régime carné. Il en déduit que certains troubles intestinaux spécifiques jouent le rôle de facteur premier dans la genèse de l'affection, par rétention dans l'organisme de poisons spécifiques produits par ces troubles spécifiques. Dans cette hypothèse, le désordre serait de nature chimique. Thompson pense que le fait que cette affection est dix fois plus commune chez la femme que chez l'homme vient à l'appui de la théorie, les désordres digestifs étant beaucoup plus fréquents chez la femme, et de plus, la diarrhée se montre tôt ou tard au cours de la maladie de Graves. R. FAURE-MILLER.

Du traitement du saturnisme par le monosulfure de sodium, par F. PEYROU (*Soc. de biologie*, 2 *décembre* 1893).

Le sulfure de sodium agirait dans l'économie comme agent éliminateur du plomb. Son emploi (chez des chiens intoxiqués) à raison de 1 gramme par jour amène la disparition des symptômes morbides, la diminution du plomb dans le foie, et son élimination par les urines. L'innocuité de ce traitement expérimental est établie. DASTRE.

HYGIÈNE

Die Heilanstalten des Deutschen Reiches nach den Erhebungen der Jahre 1886, 1887 und 1888, par RAHTS (*Medicinal-statist. Mitth. aus d. k. Gesdh.-Amte I*, et *Hyg. Rundsch.*, *III*, 566, 15 *juin* 1893).

Fin de l'enquête officielle analysée *R. S. M.* XLII, 124.

En 1886, le nombre des *asiles d'aliénés* s'élevait en Allemagne à 224, y compris 123 établissements privés. Depuis lors, il s'est accrû de 13, dont 10 privés. En 1888, l'ensemble de ces établissements offrait 52,286 places pour malades, dont 77 pour cent dans les asiles publics ; cela représente 1,085 lits par million d'habitants. De 1886 à 1888, le chiffre des pensionnaires de ces établissements a augmenté de 14,6 pour cent, tandis que la population allemande ne s'est accrue que de 3,2 pour cent ; en 1888, il y avait 67,444 aliénés dans les asiles. 12,4 pour cent des hommes et 0,8 pour cent des femmes sont atteints de délire alcoolique ; cette folie est la plus commune à Brême (43,7 pour cent des malades masculins) et dans le Schleswig-Holstein (36.6).

Les imbéciles, idiots et crétins sont le plus nombreux dans le Brunswick, et le plus rares en Bavière et en Wurtemberg.

Les *établissements pour maux d'yeux* étaient en 1888, au nombre de 32 publics et de 82 privés avec un total de 3,006 lits.

Il y avait 70 maternités publiques possédant en moyenne chacune 32 ou 33 lits ; il faut y adjoindre de 106 à 118 asiles d'accouchements privés ne présentant que 5 ou 6 accouchements par an, tandis que les maternités publiques en font chacune de 221 à 224. Sur 1,000 nouveau-nés, on y compte 58 mort-nés ; il y meurt en outre 1,863 enfants.

Dans les *maternités* publiques, on compte sur 1,000 accouchées, 15 malades et moins de 4 décès. La morbidité et la mortalité puerpérales ont beaucoup diminué ; à l'heure actuelle, il y a plus de 1,000 vies de femmes épargnées chaque année. J. B.

I. — Ueber Veraenderungen des Blutes im Hochgebirge, par EGGER (*Berlin. klin. Woch.*, n° 20, *p.* 486, 15 *mai* 1893).

I. — Ueber Blutuntersuchungen im Gebirge, par KOEPPE (*Ibid.*).

I. — Egger a pratiqué à Arosa (1,800 mètres d'altitude) l'examen du sang de 27 personnes, à savoir 2 neurasthéniques, 2 chlorotiques, 14 poitrinaires au début et 9 individus sains. Au bout d'une quinzaine de séjour à cette altitude, tous les sujets examinés offraient une augmentation considérable du chiffre des globules rouges, quoique ni leur alimentation ni leurs occupations n'eussent été modifiées. Même phénomène chez les lapins. Cette augmentation des hématies est durable, car on la constate chez les indigènes ; elle est, en outre, répartie dans la totalité du sang qui n'est nullement épaissi.

La richesse en hémoglobine est également augmentée chez l'homme et chez le lapin, mais elle est moins marquée d'abord que celle en hématies.

Quand les individus redescendent en plaine, le nombre de leurs hématies décroît de nouveau.

Egger considère l'augmentation du nombre des globules rouges comme un effort de l'organisme pour s'accommoder à la moindre richesse en oxygène de l'air des altitudes.

II. — A Reiboldsgrün, qui se trouve à 700 mètres seulement au-dessus du niveau de la mer, Kœppe a également toujours constaté l'augmentation des globules rouges, contrastant avec une diminution de l'hémoglobine; cette augmentation des hématies commence au bout de quelques heures. Le volume des globules rouges n'est pourtant pas sensiblement augmenté à l'hématocrite et le microscope révèle la présence d'une grande quantité d'hématies très petites paraissant relativement pauvres en hémoglobine. J. B.

I. — Die Ergebnisse des Impfgeschaefts im Deutschen Reiche für das Jahr 1890, par WUTZDORFF (*Med. stat. Mitth. aus d. k. Ges. A, I*, 3e *fasc.*, *et Hyg. Rundsch., III, n°* 12, *p.* 548, 15 *juin* 1893).

II. — Ergebnisse der amtlichen Pockentodesfallstatistik von Deutschen Reiche vom Jahre 1891....., par RATHS (*Ibidem, p.* 549).

III. — Rapport au ministre sur les opérations de l'Office vaccinogène central de Belgique en 1892, par E. JANSSENS et L. STUBBE (*Mouvement hygiénique, IX*, 432, *septembre* 1893).

I. — Dans l'empire allemand, en 1890, 1,300,136 enfants étaient soumis à l'obligation de la vaccine et 1,163,132 à celle de la revaccination, soit en tout 22,221 de moins que l'année précédente. 173,356 de ces enfants n'ont pas été vaccinés et 38,983 n'ont pas été revaccinés. Se sont soustraits illégalement à cette obligation, 33,286 des premiers et 9,704 des seconds. La proportion des insoumis s'élève ainsi à 2,56 0/0 (en 1889, 2,07) des premières vaccinations ; c'est dans le grand-duché d'Oldenbourg qu'ils sont le plus nombreux (13,24 0/0). La proportion des ajournements sur attestations médicales a été de 8,84 0/0, contre 8,15 en 1889.

Des premières vaccinations, 80,765 ont été pratiquées avec le vaccin humain et 1,206,874 avec le vaccin animal ; les vaccinations jennériennes, qui formaient encore en 1889, les 10,24 0/0 du total, n'en forment plus que les 6,19 0/0. En général, on ne se sert plus du vaccin humain dans les Etats de Bade, d'Anhalt, de Schwarzbourg-Sondershausen et de Reuss, branche aînée ; au contraire, dans l'Etat de Schaumbourg-Lippe, 72,52 0/0 des vaccinations se font encore avec le vaccin jennérien. La moitié des vaccinations jennériennes sont opérées de bras à bras, les autres avec du vaccin conservé.

Les vaccinations ont fourni 97,39 0/0 de succès (96,80 l'année antérieure), les revaccinations 91,36 (90,13 0/0 en 1889). Comme accidents graves consécutifs, il y a à noter 7 cas d'érysipèle mortels et un décès par septicémie chez un jeune enfant. Les cas d'impétigo contagieux ont

été rares et sans rapport direct avec la vaccination. Le Wurtemberg a été le théâtre d'une véritable épidémie d'herpès tonsurant due à un vaccin adultéré par le trichophyton, ainsi qu'on l'a reconnu sous le microscope.

II. — En 1891, l'Allemagne a compté 40 décès par variole dont 6 chez des émigrants russes. Il reste donc 34 décès pour les nationaux allemands, soit 24 de moins qu'en 1890. Les 40 décès varioleux se répartissent en 28 localités dont 17 en Prusse, 4 en Bavière, 4 en Saxe, 1 dans la Reuss (branche cadette), à Brême et en Alsace-Lorraine. 19 des décès ont eu lieu dans les localités situées près des frontières. 11 décès concernent des enfants au-dessous de 2 ans. Entre les âges de 2 et 30 ans, la variole n'a fait que 9 victimes dont 5 enfants russes. Au-dessous de 30 ans, il n'y a eu de décès que chez des individus non vaccinés ou vaccinés sans résultat. Parmi les personnes revaccinées avec succès, une seule a eu une variole grave. Aucun des 6 grands-duchés n'a eu de cas de variole.

III. — L'office vaccinogène central de Belgique a inoculé, en 1892, 137 veaux, mais n'a récolté de vaccin que sur 130 d'entre eux qui ont fourni 660,564 doses, alors qu'en 1891, 210 veaux n'avaient donné que 581,543 doses. Il y a donc eu production de 79,021 doses en plus avec 80 veaux en moins; ce résultat remarquable est dû à l'emploi d'un procédé nouveau de scarifications. Ces 660,564 doses de vaccin proviennent de 24,440 pustules fournies par 24,763 incisions. Tout ce vaccin a été recueilli à l'état de pulpe, dont 155,964 doses sur plaques et 504,600 en fioles. Il est parvenu 17,215 demandes de vaccin pour lesquelles il a été distribué 645,068 doses. Tous les médecins reçoivent gratuitement le vaccin, mais beaucoup ne se donnent pas la peine de faire connaître le résultat de leurs vaccinations. L'office n'a obtenu de renseignements que pour 77,949 vaccinations qui ont fourni 98,93 0/0 de succès et pour 69,237 revaccinations avec 56,70 0/0 de succès. La dose de vaccin pour une personne coûte au gouvernement la modique somme de 0 cent.,029; le prix en était de 4 centimes en 1891 et de 5 en 1890. Il a été distribué, en 1892, 128,926 doses de plus qu'en 1891.

La moyenne des résultats fructueux, dans la période décennale 1882-1892 est de 98,01 0/0 quant aux vaccinations et de 54,31 0/0 quant aux revaccinations (*R. S. M.* XLII, 123). J. B.

I. — Erfahrungssaetze über den Betrieb von Sandfiltern (*Journ. f. Gasbeleuchtg*, 1892, *n°* 35, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 13, *p.* 588, 1er *juillet* 1893).

II. — Versuche und Beobachtungen über die Wirkungen von Sandfiltern, par W. KUEMMEL (*Ibidem*, *p.* 587).

III. — Die neuen Filteranlagen der Petersburger Wasserleitung, par J. ALTUCHOW (*Zap. imp. russk. techn. Obscz*, 1892, *et Hyg. Rundschau*, *n°* 16, *p.* 745, 15 *août* 1893).

IV. — Das Kochen des Leitungswassers und die neueren Regenerator-Kochapparate, par A. VOLLER (*Journ. f. Gasbeleuchtg*, *n°* 36, 1893, *et Hyg. Rundschau*, *p.* 746).

V. — Herstellung vom keimfreiem Wasser durch Kochen (*Ibid.*, *n°* 19, *p.* 858, 1er *octobre* 1893).

VI. — Sulle due migliori acque condotte della citta di Roma, par F. SANFELICE et F. OREFICE (*Ann. dell' Inst. d'Ig. sper. d. R. Univ. di Roma, II, nouv. série, et Hyg. Rundschau, p.* 859).

I. — La discussion qui s'est ouverte à l'Office sanitaire d'Empire sur les meilleurs moyens pour les villes qui consomment de l'eau de rivière filtrée, de se mettre à l'abri du danger d'infection, a abouti aux résolutions suivantes : protéger le plus possible les eaux (rivière, lac, etc.) auxquelles on s'adresse pour l'alimentation, contre l'altération par les déjections humaines, empêcher notamment le séjour de bateaux à proximité des prises d'eau potable.

Les filtres de sable ne fournissent pas une eau entièrement privée de germes ; ils ne retiennent qu'en partie les microorganismes, cholériques entre autres; aussi ne faut-il pas exiger d'eux plus qu'ils ne peuvent donner.

La vitesse de filtration ne doit pas excéder 100 millimètres à l'heure. Dans toute localité où la consommation d'eau est telle qu'il faille dépasser cette vitesse, il y a lieu soit de restreindre la consommation par l'installation de compteurs dans les maisons, soit d'augmenter les surfaces filtrantes.

Quand on enlève les couches d'un filtre devenues imperméables, il faut toujours laisser une épaisseur de sable supérieure à 40 centimètres.

La première eau qui s'écoule d'un filtre neuf ou renouvelé ne doit pas être admise dans le réservoir d'eau pure, ni dans les conduites de distribution, vu sa richesse en microbes.

Le fonctionnement des filtres doit être contrôlé journellement par des examens bactérioscopiques. On doit exclure de la consommation l'eau qui, filtrée, renferme tout à coup des microorganismes nombreux ou insolites ; il faut alors examiner séparément l'eau de chaque filtre.

L'observation soigneuse de ces règles, qui résultent de la pratique, réduit au minimum le péril de pénétration de germes cholériques dans les conduites de distribution d'eau; l'exemple encore tout récent d'Altona, comparativement à Hambourg, est là pour en témoigner.

II. — Kümmel étudie d'une façon suivie, depuis l'épidémie de fièvre typhoïde, le fonctionnement des filtres en sable d'Altona, la quantité des météores aqueux et les oscillations de niveau de la nappe aquifère souterraine. Il a constaté d'une manière indiscutable qu'il n'existe pas de rapport absolu entre la richesse de l'eau en germes et l'apparition des épidémies de fièvre typhoïde (1888, 1891 et 1892); celles-ci, en revanche, ont toujours coïncidé avec un abaissement considérable de la nappe souterraine.

La richesse de l'eau en germes est, contrairement à une opinion très répandue, complètement indépendante du flux et du reflux.

La clarification de l'eau préalablement à sa filtration diminue considérablement le chiffre des germes et cela d'autant plus que leur nombre était plus élevé. L'eau filtrée à la vitesse de 50 millimètres renferme, fait étonnant, plus de germes que celle filtrée sous 100 et même 200 millimètres. Les changements brusques et répétés dans la vitesse de filtration n'ont pas d'influence marquée sur le nombre des germes de l'eau filtrée.

Tandis que la couche du filtre la plus superficielle contenait par centimètre cube 4 millions de germes, le chiffre de ceux-ci s'abaissait de plus en plus dans la profondeur du filtre, jusqu'à se réduire à 24,800 dans la couche de gravier ; et cependant, peu auparavant, ce filtre avait donné de l'eau renfermant moins de 20 germes. Au bout de 20 heures de fonctionnement un nouveau filtre fournit déjà une eau à chiffre de germes normal.

III. — L'eau distribuée, après filtration, à Saint-Pétersbourg, est prise au milieu de la Néva, parce que là, le courant étant plus fort, le centimètre cube d'eau ne contient que 200 à 300 colonies microbiennes, tandis que dans les endroits calmes, le fleuve en renferme jusqu'à 4,000. Les tuyaux d'aspiration débouchent à 2 mètres du fond du fleuve, profondeur où la vitesse du courant est à son maximum. L'eau de la Néva présente une grande proportion de matières organiques dissoutes, une proportion insuffisante d'oxygène, relativement beaucoup d'hydrogène sulfuré et d'autres gaz résultant de la décomposition des matières organiques. Aussi soumet-on d'abord cette eau à l'aération (pulvérisation par vive projection sur des cribles à mailles de laiton pour faciliter l'échappement des gaz en dissolution, puis cascades en minces couches pour favoriser l'absorption de l'oxygène atmosphérique). Dans le bâtiment où s'opère cette aération, règne une forte odeur de gaz sulfhydrique. Ce tamisage de l'eau a encore pour effet de la débarrasser mécaniquement des gros corps étrangers (excréments, herbes, petits poissons, etc.) et d'empêcher ainsi un trop prompt encrassement des filtres. La couche filtrante du sable est placée beaucoup plus bas que d'ordinaire ; le filtre se remplit à l'aide de canaux de briques sèches et il retient plus de 80 0/0 des microorganismes ; en 24 heures, il peut fournir 147,600 mètres cubes d'eau. Depuis 18 mois qu'il fonctionne, on a noté une diminution considérable de la mortalité par fièvre typhoïde et affections gastro-intestinales dans les quartiers alimentés avec l'eau filtrée.

IV. — Durant l'épidémie cholérique de Hambourg, la stérilisation de l'eau par la coction a joué un grand rôle et, en présence de la difficulté de se procurer de l'eau de source, cette ville s'est demandé s'il ne serait pas possible de faire toujours bouillir toute l'eau distribuée pour tuer les germes morbides non retenus par la filtration. Voller a fait sur ce point des expériences avec six différents stérilisateurs, qui lui font résoudre négativement la question, car, dans les calculs les plus modestes et en employant le système le plus avantageux, la dépense quotidienne du combustible seul atteindrait 18,750 francs. Il émet d'ailleurs l'avis que les nouveaux filtres de Hambourg sont assez efficaces pour se dispenser de stériliser l'eau par la chaleur.

V. — On a calculé à Hambourg que les frais d'établissement des appareils stérilisateurs par la chaleur nécessaires pour fournir chaque jour 100,000 mètres cubes d'eau s'élèveraient au moins à 7,500,000 francs et les dépenses d'exploitation annuelles à 3,125,000 francs. Il faut donc renoncer à l'application en grand de la stérilisation des eaux potables par la chaleur. Mais, dans certaines circonstances, il peut être utile de disposer de stérilisateurs de volume moindre. Ces appareils doivent remplir les conditions suivantes : réduire au minimum la dépense de combustible ; refroidir rapidement l'eau bouillie ; fonctionner aussi automatiquement

que possible; ne laisser écouler que de l'eau ayant subi l'ébullition et cesser de couler aussitôt que la température nécessaire n'est pas atteinte.

VI. — Sanfelice et Orefice ont pratiqué, plusieurs fois par semaine, pendant une année, des examens physiques, chimiques et bactérioscopiques des deux meilleures eaux potables distribuées à Rome (Marcia et Vergine). Les résultats en ont toujours été satisfaisants. La température de l'eau n'oscillait qu'entre 10 et 15° C.; elle contenait, très rarement, des traces seulement d'ammoniaque et d'acide nitreux; le chiffre des microorganismes par centimètre cube est toujours resté en deçà des limites permises; ces microbes appartenaient presque tous à des espèces connues et aucun n'était pathogène. J. B.

Expériences sur le filtre Chamberland, par GUINOCHET (*Arch. de méd. expér.*, *V*, 5).

Quelques expérimentateurs ont contesté la valeur de la filtration de l'eau par les bougies Chamberland. Les résultats défavorables parfois obtenus tiennent au nettoyage insuffisant de l'appareil, à l'absence d'essayage initial des bougies, au prélèvement de l'eau à un réservoir et non à l'appareil filtrant lui-même. En s'entourant de toutes les précautions nécessaires, on constate que la bougie en porcelaine constitue un excellent appareil de filtration. Sous la pression de 20 mètres, il ne passe aucun microbe pendant une durée d'au moins 10 jours, et il en passe un nombre infime pendant 27 jours. Le nettoyeur mécanique O. André, d'un emploi facile, rapide et au besoin journalier, permet de maintenir la constance du débit de ces filtres, ce qui constitue une très importante amélioration. Il permet aussi d'opérer à froid une stérilisation complète au moyen du permanganate de potasse; car, avec cet appareil, on peut introduire facilement ce sel, grâce à une ouverture placée à la partie supérieure, le laisser en contact avec les bougies à l'intérieur et à l'extérieur, et l'éliminer ensuite de la façon la plus complète. GIRODE.

I. — Untersuchungen über den Einfluss der Mächtigkeit des Bodens auf dessen Feuchtigkeitsverhaeltnisse, par E. WOLLNY (*Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 16, *p.* 744 15 *août* 1893).

II. — Untersuchungen über die Permeabilität des Bodens für Luft, par le Même (*Ibidem*, *IV*, *n°* 2, *p.* 62, 15 *janvier* 1894).

I. — Dans tous les cas où la couche d'humus du sol repose sur une couche perméable de matériaux grossiers ou sur des roches inclinées, la quantité d'eau contenue dans la terre arable dépend nettement de l'épaisseur de la couche d'humus. La richesse absolue d'un sol en eau augmente avec la puissance des couches. La proportion volumétrique d'eau est d'autant plus élevée que la profondeur du sol est plus grande, jusqu'à 20 centimètres; au delà de cette profondeur, la proportion centésimale d'eau n'est plus modifiée par l'augmentation d'épaisseur de la couche. Les variations de l'humidité sont d'autant plus considérables que la couche de terre a moins d'épaisseur et inversement.

La quantité d'eau évaporée par la surface du sol croît avec l'épaisseur

de la couche jusqu'à 15 centimètres ; à partir de cette limite, elle diminue d'autant plus que la profondeur du sol est plus grande.

II. — La perméabilité du sol pour l'air décroît faiblement au fur et à mesure que la température s'élève. Le degré d'humidité de l'air qui pénètre dans le sol est sans influence sur la perméabilité de celui-ci. La quantité d'air qui pénètre dans le sol est proportionnelle à la pression et inversement proportionnelle à l'épaisseur de la couche, tant que la vitesse du courant d'air dans le sol n'excède pas 5 centimètres par seconde. La grandeur absolue du volume d'air admis dans le sol dépend, toutes choses égales d'ailleurs, du volume des grains dont le sol se compose : plus ces grains sont volumineux, plus la quantité d'air est considérable. Dans les sols mixtes, la perméabilité à l'air dépend surtout de la puissance des couches à grains fins. Les sols friables perdent considérablement de leur perméabilité à l'air, par la compression de leur couche superficielle à l'aide de rouleaux.

Au fur et à mesure que la terre renferme plus d'eau, elle devient moins perméable à l'air ; c'est le cas en particulier pour les sols à grains fins qui retiennent le mieux l'eau. L'humus et les terres argileuses, contenant en abondance des substances colloïdes, se gonflent sous l'action de l'eau, ce qui restreint considérablement le volume de leurs pores. Ces terrains deviennent ainsi complètement imperméables à l'air, bien avant d'être saturés d'eau. J. B.

Contribution à l'étude microbique de l'eau, par BLACHSTEIN (*Ann. de l'Institut Pasteur, octobre* 1893).

Au lieu de rechercher la quantité, Blachstein s'est proposé d'établir la qualité des microbes. Pour cela, il introduit 1 centimètre cube d'eau dans 10 centimètres cubes de bouillon de culture et il expérimente l'effet de ce mélange sur les animaux de laboratoire. Dans toutes les recherches, les eaux bonnes au point de vue de l'hygiène humaine ont été trouvées inoffensives, tandis qu'avec des échantillons d'eau pris en amont du Point-du-Jour dans la Seine les mélanges possédaient un pouvoir pathogène sur les animaux. Les mélanges bactériens sont d'autant plus pathogènes que les cultures sont plus âgées. La dose mortelle pour un lapin était de 0,5 centimètre cube pour une culture de 8 jours et de 1 centimètre cube pour une culture de 48 heures.

Les mélanges actifs sont surtout riches en bactéries coliformes, les mélanges inactifs en formes liquéfiantes. PAUL TISSIER.

I. — Analyses chimiques et bactériologiques des glaces consommées à Paris, par Ch. GIRARD et F. BORDAS (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série, XXX, p.* 78, *juillet* 1893).

II. — Rapport au Conseil de salubrité de la Seine sur l'emploi de la glace dans l'alimentation, par Alf. RICHE (*Ibid., p.* 47).

I. — Analyses d'échantillons de glace provenant des étangs des environs de Paris, des lacs du bois de Vincennes et du bois de Boulogne, etc. La proportion de matières organiques, calculée en acide oxalique, variait, suivant les échantillons, entre 11 et 820 milligrammes, avec une

moyenne de 97 sur 15 échantillons. Le nombre des colonies oscillait par centimètre cube entre 23,000 et plus de 100,000, avec une moyenne de 75,000 à 80,000. La présence du protée vulgaire a été reconnue dans presque tous les échantillons; celle du bacille banal du côlon dans 8; ont été également reconnus : les bacilles mésentérique vulgaire, rouge des matières fécales, fluorescents putride et liquéfacteur, termo, tyrothrix claviforme et vibrion septique, spirille de Finkler et Prior (ce dernier microbe dans l'échantillon de glace le plus sale qui provenait du lac Daumesnil). Les germes anaérobies étaient en aussi grande abondance que les aérobies. Un cobaye inoculé avec 1 centimètre cube de l'eau de fusion de la glace du lac Daumesnil a succombé par septicémie au bout de 48 heures. Girard et Bordas concluent qu'on ne devrait fournir à la population parisienne que de la glace faite soit avec de l'eau distillée, soit avec de l'eau de source.

II. — La glace consommée à Paris est de trois sortes : 1° la glace naturelle, récoltée aux environs, qui représente un peu plus de la moitié de la consommation totale (50 millions de kilogr. par an); elle provient des lacs des bois de Vincennes et de Boulogne, des étangs de Chaville, de la pièce d'eau des Suisses (parc de Versailles), etc.; 2° la glace artificielle fabriquée dans quatre usines dont deux travaillent avec de l'eau de source ou de rivière suivant la saison et une autre avec l'eau de condensation de la vapeur des machines motrices; 3° Les glaces de Norvège et de Suisse (?) qui n'entrent à Paris que lorsque la récolte a manqué l'hiver précédent. (*R. S. M.*, XXX, 86 et 87; XXXV, 114.) J. B.

Amyloïd, ein neuer Bestandtheil von Milch und Molkereiprodukten, par Fr.-Jos. HERZ (*Chem. Zeit.*, *XVI*, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n° 9*, *p. 411*, *1er mai* 1893).

En examinant sous le microscope du lait, de la crème, du beurre, des fromages durs ou tendres les plus divers, et même de la caséine chimiquement pure, Herz y a distingué des corpuscules qui, en raison de leurs dimensions, de leur forme et de leur réaction en présence de l'iode, offraient la plus grande ressemblance avec l'amidon. Ils s'en différenciaient cependant, parce que cuits dans l'eau, ils ne formaient pas d'empois et que l'ébullition avec l'alcool et l'éther ne les altéraient pas sensiblement. Tous ces caractères correspondent à ceux de la substance amyloïde signalée par Virchow dans divers organes malades.

Cette découverte a quelque importance au point de vue de l'expertise du lait, du beurre et du fromage. En effet, jusqu'ici on considérait la présence de ces caractères chimiques comme l'indice d'une falsification avec la fécule, la dextrine, la gomme, la gélatine, la cervelle broyée, etc.

J. B.

Bidrag til..... (Contribution à la question litigieuse du péril de transmission de la tuberculose par le lait), par St. FRIIS (*Ugeskrift f. Laeger*, 20 *janvier* 1893).

Friis a injecté dans la cavité péritonéale de lapins de 5 à 10 centimètres cubes d'échantillons du lait de commerce. Sur les 28 échantillons, 4 ont donné lieu à de la tuberculose, soit limitée au péritoine, soit étendue à

plusieurs organes abdominaux ; la présence de nombreux bacilles tuberculeux a été constatée au microscope. Deux de ces quatre échantillons ne produisirent toutefois que des lésions tuberculeuses très peu considérables, tandis que les deux autres entraînèrent une tuberculose aiguë bien caractérisée.

Friis a visité les quatre vacheries d'où provenait le lait infecté : elles renfermaient de 20 à 30 vaches. Dans les deux premières, correspondant aux deux échantillons peu virulents, toutes les bêtes paraissaient en excellent état, sauf une seule qui offrait des signes douteux de tuberculose pulmonaire. Parmi les vaches des deux autres étables, qui avaient fourni le lait le plus virulent, 2 était atteintes de tuberculose du pis et plusieurs autres offraient des symptômes suspects.

Les résultats des autopsies des lapins concordent donc assez bien avec celui de l'enquête faite dans les vacheries suspectes et Friis en conclut que les autorités sanitaires ont la possibilité de contrôler l'état de santé des vacheries qui approvisionnent une ville, en faisant fréquemment des inoculations de leur lait à des lapins.

Les expériences de Friis montrent aussi, contrairement à celles de Gebhardt et de Bollinger, que le mélange des laits qui devrait diluer le virus, ne diminue pas toujours le danger d'infection, puisqu'ici ce mélange a donné, dans le même temps, des lésions tuberculeuses aussi développées que l'inoculation du seul lait des vaches atteintes de tuberculose du pis. J. B.

Ueber die Einwirkung hoher Temperaturen auf Tuberkelbacillen, par J. FORSTER (*Hyg. Rundsch., III, n°* 15, *p.* 669, 1er *août* 1893).

Dans l'industrie de la laiterie, on prépare sous le nom de lait pasteurisé, c'est-à-dire privé de germes pathogènes à l'aide d'un chauffage préalable, du lait soumis à l'action de la chaleur de deux façons différentes. Ou bien le lait circule le long de surfaces métalliques chaudes, ou bien il est chauffé directement et lentement dans des récipients.

Les expériences de Van Geuns (*Arch. f. Hyg. 1889*) ont montré que convenablement appliqué, le premier procédé suffit pour tuer les bacilles du choléra et de la fièvre typhoïde, tandis que celles de de Man prouvent qu'il ne saurait être employé pour détruire les bacilles tuberculeux, car il faudrait atteindre au moins la température de 95°, à laquelle le lait serait modifié de saveur, de teinte et d'aspect ; le deuxième procédé est donc seul applicable. Il faut en effet, pour tuer le bacille de la tuberculose dans le lait, exposer celui-ci 4 heures à la température de 55 degrés centigrades, 1 heure à 60°, 15 minutes à 65°, 10 minutes à 70°, 5 minutes à 80°, 2 minutes à 90° et 1 minute à 95°. J. B.

L'antinonnine comme désinfectant dans l'industrie de la brasserie, par L. AUBRY (*Hyg. Rundsch., III, n°* 15, *p.* 691, 1er *août* 1893).

Stettner a montré que l'antinonnine, mélange d'orthodinitrocrésolate de potassium avec du savon et de la glycérine, constitue, déjà en solutions très étendues, un excellent désinfectant et un bon préservatif des matériaux de construction contre les champignons inférieurs (merulius lacrymans, pourriture des bois, salpêtrage des murs).

De son côté, Aubry a fait quelques expériences pour en étendre les applications à l'industrie de la bière. Il a reconnu que la levure traitée par l'antinonnine se maintient plusieurs jours fraîche, même dans un local chaud, et que la levure putréfiée perd alors rapidement son odeur. Tandis qu'elle tue les microbes, une solution d'antinonnine à 5 0/0 ne porte aucune atteinte à la vitalité de la levure.

L'emploi de l'antinonnine est à recommander pour désinfecter les puisards et canaux de décharge d'eaux sales, dont les émanations sont une calamité fréquente dans les brasseries; de même dans les caves humides pour prévenir le développement des champignons.

Il suffit de badigeonner les parois des locaux avec une solution de 200 grammes d'antinonnine dans 1 hectolitre d'eau. En revanche, on s'abstiendra de s'en servir pour les récipients de la bière ou du moût, parce que l'antinonnine est toxique et possède un pouvoir colorant considérable. J. B.

Une nouvelle question intéressant l'analyse des matières alimentaires, par CRISPO (*Rev. intern. des falsif., VI*).

Crispo signale une nouvelle adultération du pain et des pâtisseries consistant à les additionner de savon. Cette adjonction a pour but de rendre ces marchandises plus poreuses et de leur conférer une qualité très appréciée du public, celle de fondre facilement dans la bouche. La proportion de savon varie avec l'espèce de pâte; elle est le plus considérable dans les gaufres, les échaudés et les crêpes. A cet effet, on dissout le savon dans une très petite quantité d'eau, on le bat avec de l'huile et l'on ajoute ce mélange à la pâte.

Malheureusement il est impossible jusqu'ici de déceler chimiquement cette fraude. Crispo lui-même a fait de nombreux essais tout aussi infructueux. Ces insuccès s'expliquent pour lui parce que la cuisson de la pâte décompose le savon. J. B.

Die Methode der Fleischkonservirung, par PLAGGE et TRAPP (*Veroeffentlichungen aus d. Gebiete des Militaer-Sanitatwesens*, 1893, *et Hyg. Rundsch., III, n°* 14, *p.* 646, 15 *juillet* 1893).

1° Les conserves de viande préparées par dessication ne sont pas assez savoureuses, au moins pour le goût des Européens, et, de plus, ne demeurent pas inaltérables en toute circonstance;

2° Les méthodes de conservation des viandes par le froid sont encore trop coûteuses en raison de la durée du refroidissement nécessaire et elles ne peuvent être appliquées partout;

3° La méthode de conservation par l'exclusion de l'air ne donne que des résultats incertains. La viande en boîtes a, il est vrai, une réelle valeur nutritive, mais, dans les conserves de qualité courante, on ne retrouve pas la saveur de la viande fraîche et le prix en est trop élevé, en raison de la rapide altération de la viande, une fois la boîte ouverte;

4° A l'heure actuelle, on ne connaît encore aucun antiseptique qui conserve sûrement la viande en lui laissant toute sa valeur nutritive et toutes ses qualités extérieures, de même qu'on n'en connaît pas qui soit

inoffensif à la suite de l'usage prolongé de la viande ainsi conservée.

J. B.

Tuberkulinimpfungen groesserer Rinderbestände, par SIEDAMGROTZKI (*Bericht über das Veterinaer-Wesen im Königreich Sachsen pro* 1891, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 14, *p.* 645, 15 *juillet* 1893).

Siedamgrotzki s'étonne que les éleveurs recourent si rarement aux injections de tuberculine pour leur gros bétail ; en Saxe, 8 seulement en ont fait la demande. Le nombre des bovidés inoculés s'est élevé à 259. 205 ont eu une température de réaction dépassant 40°, 17 une température de 39°5 à 40° et 37 une température inférieure à 39,5. L'ascension thermométrique a atteint au moins un degré et demi chez 197 animaux et a été moindre d'un degré chez 54. En tenant compte de l'expérience acquise, on peut donc évaluer à 76 et même 79 0/0 (en comprenant 8 bêtes qui ont eu une réaction de 1° à 1°,5), la proportion des animaux atteints très probablement de tuberculose, à 3 0/0 celle des suspects, et à 21 0/0 celle des animaux sains. Comme ces divers effectifs de bêtes avaient un excellent aspect et étaient parfaitement tenus, il est vraisemblable que les inoculations diagnostiques auraient donné de pires résultats dans d'autres étables. Sur les bêtes inoculées, 14 ont été dès lors abattues et pour toutes le diagnostic de tuberculose a été confirmé. Mais la maladie n'avait encore fait que des progrès peu étendus, ce qui prouve qu'on ne peut pas conclure du degré de la réaction fébrile à une extension correspondante de la tuberculose.

Siedamgrotzki fait remarquer qu'il n'est pas possible d'envoyer à l'abattoir toutes les bêtes qui réagissent sous les injections, sans ruiner leurs possesseurs. Il faut se borner à éliminer celles qui, outre cette réaction fébrile, offrent d'autres symptômes de tuberculose, tels que la toux, l'amaigrissement, la diminution de la sécrétion lactée, etc., en excluant de l'élevage le reste des bêtes qui ont réagi, et en les isolant des bêtes saines.

L'achat d'animaux destinés à l'élevage devrait être précédé d'une inoculation de tuberculine. Ce n'est qu'en pratiquant cette mesure durant des années qu'on parviendra à diminuer graduellement la tuberculose bovine.

Actuellement, les mesures de police vétérinaires ordonnant l'abatage obligatoire de tous les animaux malades et la séquestration des suspects sont complétement impraticables. J. B.

Der Rohrbeck'sche Dampf-Desinfektor im Schlachthause zu Lübeck und seine wirthschaftliche Beduntung, par MASKE (*Zeitschr. f. Fleisch-und Milch-Hyg.*, *III*, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 13, *p.* 612, 1er *juillet* 1893).

L'abattoir de Lubeck est pourvu d'un appareil à vapeur de Rohrbeck (*R. S. M.*, XL, 512) servant à désinfecter par la coction certaines catégories de viandes qu'il serait dangereux de vendre crues et cependant regrettable d'exclure de la consommation.

L'appareil marche sous une atmosphère et demie de pression : la viande est découpée en morceaux de 5 à 8 livres, d'une épaisseur ne

dépassant pas 10 centimètres. Pour les viandes ladres, on chauffe jusqu'à 75°, pour les tuberculeuses jusqu'à 100°. Le thermomètre doit être placé dans un des gros morceaux à fibres musculaires parallèles, afin que la contraction de fibres dirigées diversement ne déforme pas le bout en caoutchouc durci de l'instrument et n'en retarde le fonctionnement aux dépens de la qualité de la viande cuite. Une opération dure en moyenne 2 heures 1/2, à partir de l'introduction de la vapeur.

A Lubeck, on soumet à la cuisson par la vapeur les viandes d'animaux atteints de tuberculose un peu étendue, de ladrerie, de psorospermies, de concrétions calcaires et d'hémorragies multiples, à condition toutefois que les bêtes fussent en état d'embonpoint suffisant.

La viande stérilisée par la vapeur est plus savoureuse que celle cuite à l'eau ; elle est assez recherchée ; on la vend 50 centimes la livre pour le porc et 37 1/2 pour le bœuf avec adjonction de bouillon. J. B.

Zur Tuberkulosestatistik, par SCHWAIMAIR (*Zeitschr. f. Fleisch-und Milch-Hyg.*, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 13, *p.* 611, 1[er] *juillet* 1893).

A l'abattoir d'Aschaffenbourg, en 1892, on a trouvé 14 0/0 de bêtes bovines tuberculeuses, à savoir : 13,42 0/0 chez les bœufs ; 12,70 chez les taureaux ; 10,25 chez les bouvillons et 38,84 chez les vaches.

Schwaimair a rencontré 145 fois de la tuberculose pulmonaire, 79 fois de la tuberculose ganglionnaire primitive, 21 fois de la tuberculose généralisée, 19 fois de la pommelière thoracique et 11 fois de la pommelière thoraco-abdominale.

Parmi les veaux, 6 (soit 0,17 0/0) étaient tuberculeux ; chez tous l'affection était généralisée.

Parmi les porcs, 0,13 0/0 étaient tuberculeux. (*R. S. M.*, XLI, 549). J. B.

Nouvelle note sur les tueries particulières, par HELLET. Discussion et vote de la Société de médecine publique (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XV*, 302 *et* 321, *avril* 1893).

Il existe dans le département de la Seine 400 tueries autorisées, sans compter les clandestines ; d'autre part, en dehors de Paris, il n'y a d'abattoirs qu'à Vincennes, Choisy-le-Roi, Boulogne, Saint-Denis et Levallois-Perret.

Le nombre des tueries particulières est beaucoup trop considérable pour qu'on puisse surveiller la qualité des viandes abattues. D'autre part, on ne pourrait exiger de chacune des communes de la Seine la création d'un abattoir public, parce que les deux tiers de leurs bouchers viennent s'approvisionner aux abattoirs ou aux Halles de Paris :

C'est en envisageant ces diverses considérations que la Société de médecine publique a émis le vœu suivant : « Considérant l'urgence de la suppression des tueries particulières et la nécessité de les remplacer par des abattoirs publics ; considérant les entraves apportées à cette réforme par l'ordonnance du 15 avril 1838 ;

« Il y a lieu d'abroger l'article 2 de ladite ordonnance et de le remplacer par des dispositions nouvelles établissant notamment que l'abattoir public construit sur le territoire d'une commune puisse servir aux

communes limitrophes (c'est déjà le cas pour Neuilly relativement à Levallois), et que la publication de l'accord intervenu à cet effet entre les communes intéressées entraîne de plein droit la fermeture des tueries particulières existant dans ces communes. » J. B.

Ueber die Unschädlichkeit des Fleisches bei akuter Bleivergiftung, par LAHO et MOSSELMANN ((*Zeits. f. Fleisch-und Milch-Hyg.*, *III*, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, n° 16, *p.* 757, 15 *août* 1893).

Pour vérifier l'innocuité de la viande des animaux atteints de saturnisme, Laho et Mosselmann ont fait ingérer, 4 jours de suite, à un taurillon pesant 185 kilogrammes, 50 grammes d'une couleur composée aux trois quarts de céruse. L'animal succomba le sixième jour. L'analyse de ses viscères révéla la présence, dans les reins et le foie, de 40 milligrammes de sulfate de plomb par kilogramme du poids de la bête. Le cerveau renfermait des traces de plomb, mais la viande aucune trace. Des chiens alimentés, des semaines, avec cette viande n'offrirent pas le moindre trouble.

Laho et Mosselmann sont d'avis qu'à condition de rejeter les intestins et les viscères des animaux intoxiqués par le plomb, leur viande peut être, après examen vétérinaire, livrée sans crainte à la consommation.

J. B.

I. — Die Fleisch-und Wurstvergiftung in Unterwerschen... im Jahre 1892, par SCHROEDER (*Viertelj. f. gerichtl. Med. u. œff. Sanitw.*, 3e *série VI*, *Supplément p.* 104, 1893, *et Hyg. Rundsch.*, *IV*, *n°* 1, *p.* 30, 1er *janvier* 1894).

II. — Des intoxications alimentaires d'origine porcine, par JUHEL-RENOY (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XXX*, *p.* 113, *août* 1893).

III. — Ueber einige Fälle von Wurst-und Fleischvergiftung, par P. JESERICH et F. NIEMANN (*Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 18, *p.* 813, 15 *septembre* 1893).

I. — Relation de l'empoisonnement collectif, survenu en Prusse, en octobre 1892 et atteignant plus de 100 villageois qui avaient mangé de la viande d'une vache livrée à la consommation par le vétérinaire sanitaire, après avoir été abattue pour un panaris consécutif à la fièvre aphteuse. Les accidents débutèrent dans les 12 à 48 heures après l'ingestion et se bornèrent à des troubles gastro-intestinaux. Il n'y eut qu'un décès, celui d'un homme de 45 ans qui avait mangé, à deux reprises, d'assez fortes quantités de la viande malade. Chez lui, le catarrhe gastro-intestinal se compliqua de phénomènes cérébraux qui entraînèrent la mort, le matin du quatrième jour des accidents. Son autopsie révéla, outre les lésions de la gastro-entérite, de l'hyperémie de l'encéphale. Ni les viscères de cet homme, ni les restes de la viande toxique ne renfermaient de microbes pathogènes ou de ptomaïnes, et les inoculations sur les animaux restèrent négatives. Cet insuccès de l'examen bactérioscopique et de l'analyse chimique est dû au retard qu'a subi l'expertise. Les restes de viandes contenaient en effet les bacilles protée vulgaire prodigieux, subtil et termo dont la pullulation a pour effet la destruction des germes pathogènes. A la fin de son travail, Schrœder a disposé en tableaux synoptiques les principaux détails d'une quarantaine d'intoxi-

cations similaires. Les 30, dans lesquelles est spécifié le nombre des victimes, comprennent 3,256 malades dont 52 ont succombé, ce qui fait une mortalité de 1,6 0/0 ; les deux extrêmes sont 0 0/0 et 26 0/0 de décès.

II. — De 4 cas sporadiques observés par lui, Juhel tire les conclusions suivantes : La symptomatologie des empoisonnements par les viandes d'apparence fraîche ou altérée peut subir de nombreuses variations, mais il est des symptômes, très constants, qui sont par ordre de fréquence : 1° La diarrhée fétide, les nausées, les vomissements, accompagnés d'une sensation de brisement des forces, qui confine souvent à la paraplégie. Ces symptômes ne se montrent que plusieurs heures au moins après l'ingestion de la viande suspecte. 2° Dans un délai qui n'est en général pas moindre de 48 heures, se montrent des éruptions qui tantôt revêtent le caractère polymorphe, quelquefois le type ortié, scarlatiniforme, roséolique. Ces éruptions (qui, contrairement à ce que pense l'auteur, ont déjà été mentionnées) peuvent être fébriles ou non. 3° L'érythème polymorphe de Hebra peut être causé par l'ingestion de porc. 4° Dans les cas graves, l'apparence typhoïde est complète : stupeur, délire, hémorragies, courbe thermométrique. 5° Dans un degré plus élevé, quoique compatible encore avec la guérison, on peut observer toutes les complications des maladies infectieuses, au premier rang, les localisations sur les séreuses (péricarde, endocarde, plèvre, articulations) et peut-être même sur les méninges cérébrospinales.

III. — Il résulte de l'expérience acquise par Jeserich et Niemann (entre autres dans l'empoisonnement collectif relaté par Schrœder) que les substances toxiques renfermées dans la charcuterie avariée perdent rapidement leur action sous l'influence des progrès de la décomposition et que pour pouvoir soumettre avec fruit à l'analyse chimique la viande suspecte, il faut la placer immédiatement dans l'alcool absolu qui conserve au poison sa puissance. J. B.

Untersuchungen über den Desinfektionswerth des Karbolkalks bei Typhus-und Choleraausleerungen, par Arthur DRÄER (*Thèse Kœnigsberg*, 1893).

Draer expose ainsi les résultats de ses expériences entreprises pour reconnaître la valeur désinfectante de la chaux phéniquée sur les déjections typhoïdiques et cholériques.

La chaux phéniquée fraîche possède un pouvoir désinfectant très marqué à l'égard des bacilles du choléra et de la fièvre typhoïde que contiennent les excréments humains ; elle tue ces bacilles au bout d'un laps de temps de 15 à 30 minutes lorsqu'on en ajoute 2 0/0 aux matières fluides et qu'on opère le mélange convenablement.

Mais elle présente plusieurs inconvénients : elle devient inefficace dès qu'elle date de quelques jours, ou qu'elle n'est pas conservée en vase clos ; les produits de fabriques ne sont pas toujours identiques.

Il est remarquable que lorsqu'on introduit une forte quantité d'acide phénique dans la chaux, on affaiblit la puissance désinfectante de la chaux phéniquée. J. B.

Sur la prophylaxie de la rage canine, par Ed. NOCARD (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, *XV*, *n°* 7, *p.* 637, *juillet* 1893).

La rage canine n'est pas inconnue en Orient, à Constantinople en particulier; mais si elle y fait peu de ravages, c'est qu'elle s'y montre presque exclusivement sous forme de rage mue ou paralytique ; les chiens, étant mis promptement hors d'état de mordre par la maladie, font un nombre de victimes beaucoup plus restreint qu'ailleurs.

Après avoir montré que partout où l'on tient la main aux mesures prophylactiques, la rage disparaît ou tombe à un chiffre insignifiant et que la vaccination de tous les chiens contre la rage est impraticable, Nocard conclut :

La suppression des chiens errants constitue le seul moyen efficace de faire disparaître la rage. L'ordonnance prescrivant la laisse ou la muselière doit être rigoureusement appliquée. La taxe des chiens doit être perçue avec la même rigueur que tous les autres impôts. J. B.

Le choléra dans le département de Seine-et-Oise en 1892, par PROUST, NETTER et THOINOT (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, *XV*, 577, *juillet* 1893).

Intéressant mémoire rempli de plans et de graphiques, dans lequel les auteurs étudient l'épidémie de 1892, en faisant ressortir, à propos de chaque localité, les relations étiologiques avec l'épidémie de la banlieue parisienne du nord-ouest et avec les qualités de l'eau potable J. B.

Les bains-douches à bon marché à Bordeaux, par Ernest LALANNE (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, *XV*, 619, *juillet* 1893).

L'œuvre bordelaise des bains à bon marché se propose de créer, successivement, en différents quartiers de Bordeaux, des établissements de bains par aspersion à 15 centimes. Elle en a ouvert un premier, le 3 janvier 1893, quai de la Monnaie, dans le populeux quartier Saint-Michel. Cet établissement contient 12 cabines avec vestiaires, ce qui permet de donner 400 douches par jour. Chaque baigneur a à sa disposition 40 litres d'eau à 45°, de l'eau froide à volonté et un morceau de savon ; il peut tempérer cette eau à son gré ; la douche est en pluie verticale. Dans le dallage de la cabine, est ménagée une dépression où se rassemble l'eau qui, après avoir servi au lavage de la tête et du corps, est utilisée comme bain de pieds. Il n'y a que deux employés, le chauffeur et sa femme. La salle est chauffée. Dans ses trois premiers mois d'existence, l'établissement a servi quatre mille bains-douches et 812 du 15 au 25 mars ; c'est dire qu'il est très fréquenté par la population ouvrière. Jusqu'ici les hommes seuls en ont profité, mais on a l'intention de réserver un jour par semaine aux femmes et aux enfants. J. B.

I. — Die Berufskrankheit der Steinmetzen, Steinbildhauer und der verwandten Berufsgenossen, par Th. SOMMERFELD (*Broch. Berlin*, 1892, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 14, *p.* 651, 15 *juillet* 1893).

II. — Die Selbstentzuendung des Benzins in chemischen Wäschereien, par M.-M. RICHTER (*Zeit. angew. Chem.*, *n°* 7, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 18, *p.* 842, 15 *septembre* 1893).

III. — Affections professionnelles dans les usines de produits chimiques et autres, par W. SMITH (*Chem. Zeitung, XVII, et Hyg. Rundsch., III, n° 14, p.* 652).

IV. — Aus den Fabrikdistricten des Koenigreichs Sachsen (*Deutsch. Wollen Gewerbe, XXV, et ibid., p.* 653).

V. — Aus dem Jahresbericht der kgl. Württembergischen Gewerbe-Inspektoren für das Jahr 1892 (*Ibidem, p.* 655).

VI. — Aus den Bayerischen Fabrikdistrikten (*Ibidem, p.* 656).

VII. — Bericht der k. k. oesterreichischen Gewerbe-Inspektoren...... im Jahre 1892 (*Chem. Zeitung, XVII, et Hyg. Rundsch., n° 18, p.* 842).

I. — L'âge moyen des tailleurs de pierre est de 35 ans et demi ; il se réduit à 33 ans et demi, si l'on n'envisage que les ouvriers travaillant le grès, qui est la matière la plus dangereuse. Le chiffre de la mortalité atteint aussi dans cette profession une hauteur effrayante ; elle s'élève à 3 0/0 annuellement, tandis que la mortalité du reste de la population prussienne, âgée de 20 à 30 ans, n'est que de 0,9. Naturellement, ce sont les organes de la respiration qui subissent le plus fréquemment l'influence des poussières nocives. Sur 240 aides-tailleurs examinés par Sommerfeld, 61 (25 0/0) étaient atteints de phtisie pulmonaire, 19 (7,9 0/0) de phtisie laryngée et 160 (66 2/3 0/0) de laryngite chronique.

Parmi les mesures préconisées par Sommerfeld pour remédier à ce fâcheux état de choses, signalons l'exclusion du métier de tous les individus faibles ou tarés héréditairement ; une journée de travail ne dépassant pas 8 heures, et, avant tout, le mouillage de la pierre à tailler. Le meilleur moyen de protection contre les poussières serait l'usage d'un respirateur, mais on se heurte ici au mauvais vouloir des intéressés.

II. — La benzine employée dans les ateliers de dégraissage d'étoffes bout entre 70 et 90 degrés ; les hydrocarbures ayant un point d'ébullition plus bas sont difficiles à manier à cause de leur volatilité et dangereux au point de vue du feu ; quant aux hydrocarbures bouillant au delà de 90°, on a de la peine à les enlever de l'étoffe. Le nettoyage a lieu soit dans des cuves métalliques, soit dans des récipients tournants et des centrifuges. L'inflammation spontanée de la benzine ne s'observe qu'avec des tissus de laine ou de soie, jamais avec ceux de coton ou de toile. Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici de ces incendies si fréquents dus à l'imprudence. L'inflammation spontanée se produit généralement quand on retire des cuves avec la main des objets qui se trouvent à faible distance de la surface de la benzine ; mais on l'a observée aussi dans les machines rotatives et les centrifuges, qu'elles soient en marche ou en repos. Jamais on n'a encore noté ces accidents en été ; sur les 16 survenus dans la dernière période décennale, 15 se sont produits d'octobre à mars. Ces inflammations spontanées ne s'expliquent ni par le choc réciproque de corps durs, ni par l'échauffement spontané ou l'électricité de contact, mais bien plutôt par l'électricité de frottement. Richter montre, en effet, avec l'électroscope, que cette dernière sorte d'électricité est engendrée quand on retire d'un bain de benzine, en récipient de métal ou de terre indifféremment, des étoffes, teintes ou non, de laine et

de soie, tandis qu'il n'en est pas ainsi pour celles de toile et de coton. Cette électricité ne se développe que lorsque la benzine est froide ; elle cesse à 22° C., fait concordant parfaitement avec la statistique qui montre que l'inflammation spontanée de la benzine n'arrive que dans les mois froids. De plus ces accidents ne surviennent jamais le matin. Leur production exige la formation d'un mélange en proportions déterminées des vapeurs de benzine à l'air. Pour les prévenir, Fischer recommande d'accroître le degré hygrométrique de l'atmosphère des ateliers, mais ce moyen, très efficace, gêne les effets du nettoyage chimique. On a proposé sans succès d'additionner la benzine de graisse, d'alcool, d'éther, de chloroforme ou de tétrachlorure de carbone.

Dans la discussion, Wibel ne se déclare pas satisfait de l'explication proposée par Richter pour l'inflammation spontanée de la benzine. Celle-ci, en effet, retient une assez grande quantité de matières grasses prises aux étoffes ; or, la graisse est précisément un corps qui, à l'état de fine division à sa surface, peut s'échauffer jusqu'à s'enflammer par absorption rapide d'oxygène.

III. — D'après Smith (et son dire se trouve confirmé par A.-E. Fletcher, inspecteur des manufactures), il n'existe dans les *fabriques de produits chimiques* aucune cause d'empoisonnement ; c'est l'alcool qui fait tous les maux des ouvriers, car il est regardé, même par certains patrons, comme le meilleur antidote contre les vapeurs et poussières nocives.

Tout autrement insalubre est l'industrie des *allumettes phosphoriques* qui, malheureusement, en Angleterre, sont de plus en plus demandées au détriment des allumettes suédoises. La nécrose frappe surtout les personnes occupées à la mise en boîte, opération qui doit se faire encore à la main.

Dans les *fabriques de céruse*, persiste la coutume semi-barbare de boire de l'acide sulfurique dilué, comme contre-poison.

Le *sulfure de carbone* donne lieu à des paralysies et à des phénomènes d'intoxication qui rappellent à maints égards ceux de l'alcool ; on fait cesser rapidement ces accidents par le transfert à l'air libre et l'ingestion de lait avec eau de soude.

L'inhalation des vapeurs de *nitrobenzine* et d'*aniline* entraîne également des accidents qui sont aggravés par l'air frais et les spiritueux ; les affusions froides en constituent le meilleur traitement.

IV. — En 1892, les inspecteurs des manufactures saxonnes ont visité 2,594 fabriques de l'industrie textile, occupant 146,167 ouvriers ; 1,591 de ces établissements étaient mus par la vapeur, 507 n'avaient aucune force motrice. On constate une très grande diminution du nombre des adolescents de 14 à 16 ans employés comme ouvriers ; les patrons ont préféré se passer de leur concours plutôt que d'être gênés par les clauses législatives qui protègent ces jeunes ouvriers. D'autre part, les parents accusent de dureté la nouvelle loi qui rogne de leur gagne-pain et laisse les enfants sans surveillance au sortir de l'école.

V. — Les inspecteurs des manufactures wurtembergeoises demandent que les délégations ouvrières prévues par la loi puissent leur transmettre les réclamations ayant pour objet l'amélioration de la situation des ouvriers ; en effet, lorsque dans leurs visites, les inspecteurs inter-

rogent des ouvriers, d'une part, la méfiance des patrons est excitée, d'autre part, les ouvriers redoutent de s'exposer à des désagréments. Ils désapprouvent la disposition légale en vertu de laquelle les enfants au-dessous de 14 ans, alors même qu'ils ne fréquentent plus l'école, ne peuvent être occupés plus de 6 heures par jour dans les fabriques ; cette clause est également très mal vue des ouvriers. En raison des entraves imposées par la loi, les fabricants ont presque entièrement renoncé à employer des personnes âgées de moins de 14 ans. Il en résulte que les enfants, à l'âge particulièrement périlleux de 12 à 14 ans, restant inoccupés et sans surveillance, fréquentent une mauvaise compagnie et se perdent. Conséquemment, le rapport demande, ou qu'on rende la fréquentation des écoles obligatoire jusqu'à l'âge de 14 ans accomplis, ou qu'on soumette les enfants qui ont quitté l'école, et sont d'ailleurs robustes, aux mêmes prescriptions, touchant le travail, que les enfants de 14 à 16 ans. En Wurtemberg, la journée normale de travail est généralement de 11 heures (10 heures la veille des jours fériés), mais un certain nombre de fabricants l'ont déjà abaissée à 10 heures, ayant reconnu que cette durée moindre améliore la qualité des produits.

En 1892, l'industrie textile wurtembergeoise occupait 15,116 femmes au-dessus de 16 ans, 3,924 adolescents des deux sexes, âgés de 14 à 16 ans et 96 enfants au-dessous de 14 ans.

VI. — Les 254 fabriques bavaroises inspectées en 1892 comptaient 14,497 ouvriers, dont 1,140 adolescents ; parmi ces derniers, se trouvaient 710 jeunes filles. La journée de travail est, en général, de 11 heures. La prescription de la loi, en vertu de laquelle la veille des dimanches et jours de fêtes les femmes doivent cesser leur travail au plus tard à 5 heures et demie et n'être occupées que 10 heures, donne lieu à des plaintes incessantes, parce que la plupart des ouvriers ne peuvent continuer à travailler seuls. L'ordonnance enjoignant de placer des crachoirs remplis d'eau a soulevé un grand mécontentement. Les patrons prétendent que, dans la plupart des cas, ces crachoirs restent inutilisés, qu'ils gênent le travail par la place qu'ils occupent, qu'on les renverse fréquemment et enfin qu'il leur est très difficile de trouver des gens qui consentent à les vider. Les grandes manufactures de filature et de tissage ont installé des jardins d'enfants et des écoles de tricotage et de couture à l'usage de leurs jeunes ouvrières. Beaucoup de ces fabriques ont une boucherie leur appartenant et fournissant, à prix réduits, le repas du milieu du jour à leurs employés. La filature de coton de Bayreuth possède un infirmier affecté exclusivement aux soins des blessés non transportables et une bibliothèque de 2,000 volumes mise gratuitement à la disposition des ouvriers. Les patrons encouragent les réunions familières, les exercices de gymnastique et de chant et prêtent à cet effet aux ouvriers leurs réfectoires comme locaux.

VII. — En Autriche, la plus longue journée de travail dans les manufactures n'excède pas 11 heures, mais le nombre va toujours augmentant des établissements où l'on ne travaille que 10 et même que 9 heures par jour, sans que la quantité d'ouvrage produit ait diminué. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Contribution à l'étude de l'hyperthermie centrale consécutive aux lésions de l'axe cérébro-spinal en particulier du cerveau, par J.-F. GUYON (*Thèse de Paris*, 1893).

Les enseignements de la clinique et ceux de la physiologie s'accordent à montrer que les lésions mécaniques de l'axe cérébro-spinal sont très souvent suivies d'une modification de la température centrale. En examinant les différents faits sur lesquels repose cette donnée, on est amené à reconnaitre, entre la lésion et le symptôme, un rapport direct de cause à effet. Chez l'homme comme chez l'animal, le trouble de la régulation thermique apparaît comme la conséquence d'une perturbation plus ou moins profonde des centres nerveux, pouvant produire l'hyperthermie au même titre que l'hypothermie, c'est-à-dire par action immédiate, sans l'intervention de causes adjuvantes telles que l'infection.

Cliniquement, la modification thermique n'est presque jamais un phénomène isolé; elle fait partie du complexus de l'état apoplectique ou apoplectiforme. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans les cas de lésions traumatiques en particulier, il y a parfois élévation de température en l'absence de tout symptôme comateux. Ce que les faits cliniques, presque toujours complexes, ne présentent que d'une façon exceptionnelle, l'expérimentation, plus simple dans ses procédés, le réalise d'une façon régulière; le seul signe appréciable de certaines piqûres du cerveau chez l'animal est une élévation de la température centrale.

Ce résultat que les physiologistes contemporains ont mis hors de doute a conduit plusieurs d'entre eux, non seulement à attribuer au cerveau le rôle principal dans la régulation thermique, mais encore à y décrire des centres spéciaux chargés d'exciter ou de modérer les processus qui dans l'intimité des tissus aboutissent à la production de chaleur. Sans vouloir discuter la légitimité de l'hypothèse, on peut dire, après examen des documents cliniques publiés et contrôle des recherches expérimentales, que l'existence de centres thermiques intra-cérébraux n'est pas encore établie sur des preuves indiscutables. GIRODE.

Contribution à l'étude de la localisation anatomique de la cécité verbale pure, par DÉJERINE et VIALET (*Société de biologie*, 29 *juillet* 1893).

Les deux formes de cécité verbale correspondent à des localisations différentes. Dans la cécité verbale pure avec intégrité de l'écriture (spontanée et sans dictée) et difficulté de copie, les auteurs se sont proposés de déterminer les fibres d'association qui sont lésées: ce seraient les fibres inférieures du faisceau longitudinal inférieur de Burdach, qui mettent en communication la zone visuelle avec la zone du langage. — Dans la seconde forme, cécité verbale avec trouble de la parole et agraphie, la lésion siège au niveau du pli courbe. DASTRE.

Sur un cas de cécité corticale diagnostiquée pendant la vie et confirmée par l'autopsie, par DÉJERINE et VIALET (*Soc. de biol.*, 9 *décembre* 1893).

Il s'agit d'un cas pour ainsi dire schématique de cécité par suite de lésion corticale. L'examen des fonctions visuelles a été pratiqué d'une façon complète et pendant plusieurs années : le diagnostic posé et vérifié par l'autopsie qui a montré des lésions de ramollissement exactement limitées à la face interne des lobes occipitaux. Cette observation confirme avec une précision remarquable : 1° l'existence d'une cécité par double lésion du centre cortical de la vision avec intégrité complète de l'œil, constatée par l'examen ophtalmoscopique ; 2° La persistance de la réaction pupillaire dans la cécité corticale ; 3° La topographie de la sphère visuelle corticale représentée par le cuneus et les lobes lingual et fusiforme ; 3° L'existence d'une dégénérescence des fibres d'association interhémisphériques reliant les centres visuels de chaque hémisphère.

DASTRE.

Localisation corticale des mouvements de la face, par BRISSAUD (*Progrès méd.*, 30 *décembre* 1893).

Une femme de 80 ans avait eu en 1889 une attaque d'apoplexie, suivie d'hémiplégie droite complète et d'aphasie. L'aphasie avait disparu puis la paralysie des membres, et deux ans après on ne trouvait qu'une asymétrie complète de la face ; bouche déviée à gauche, narine droite rétrécie, sillons de la joue effacés; paupière droite tombante, quoique pouvant se relever à volonté ; pupille droite dilatée. A l'autopsie on trouva une lésion corticale unique; un ramollissement jaune situé dans la région de l'opercule rolandique gauche, juste en arrière de l'opercule frontal ; profondément le ramollissement s'étendait sur la partie postérieure de la frontale ascendante. H. L.

Alterazioni psichiche per ematoma della dura madre; contributo clinico-anatomico alla funzione dei lobi prefrontali, par SANTANGELO SPOTO (*Riforma medica*, *p.* 269, 28 *juillet* 1893).

De l'observation d'une femme de 48 ans, atteinte d'hématome de la dure-mère avec troubles cérébraux, l'auteur conclut que l'hématome de la dure-mère peut produire des troubles psychiques arrivant rapidement à l'état de démence et d'imbécillité, troubles qui sont dus à la compression de l'écorce des circonvolutions préfrontales par la tumeur; la lésion de cette même partie de l'écorce peut, outre les troubles psychiques, produire un trouble de l'équilibre se traduisant par des symptômes d'ataxie locomotrice. GEORGES THIBIERGE.

Anesthæsia due to cortical lesions, par STAREY WILSON (*Brit. med. j.*, *p.* 687, 23 *septembre* 1893).

L'auteur pose ce principe que la plupart des faits d'anesthésie par lésions cérébrales ne sont explicables que si l'on attribue à la zone rolandique des fonctions à la fois motrices et sensitives. L'hypothèse de la localisation de la sensibilité sur la ligne médiane des hémisphères, ou dans la circonvolution de l'hypocampe, ne répond pas aux faits cliniques ; au contraire, l'association de la paralysie du mouvement et du

sentiment s'explique parfaitement si la zone rolandique est à la fois motrice et sensitive. L'auteur croit très fréquente l'anesthésie due à des troubles vasculaires des branches postérieures de l'artère sylvienne.

A l'appui de cette manière de voir, l'auteur publie 8 observations de paralysie corticale avec anesthésie. H. R.

Zur Diagnose der Hirntumoren (Tumeurs du cerveau), par ACKERMANN (*Deutsche med. Woch.*, n° 22, *p.* 518, 1893).

Parmi les 5 observations de ce travail, la plus curieuse se rapporte à une tumeur dont le siège est exceptionnel; elle est localisée dans le *gyrus uncinatus.*

Homme de 46 ans, alcoolique, ayant eu de fréquentes attaques épileptiques depuis quatre mois. Paraphasie se transformant bientôt en aphasie complète. Hémiplégie faciale et paralysie des extrémités à droite. On pense à un foyer de l'hémisphère gauche (hémorragie ou ramollissement) ou encore à une pachyméningite hémorragique.

A l'autopsie, caillots comprimant les circonvolutions temporales et occipitales et la face inférieure du bulbe. La surface du gyrus uncinatus est bleuâtre. A la coupe, on voit cette circonvolution envahie, ainsi que les parties voisines du lobe temporal, par une tumeur grisâtre, partiellement gélatineuse, qui s'étend jusqu'au bord inférieur du noyau lenticulaire. Pas d'altération des ganglions centraux.

C'est un sarcome à petites cellules. L. GALLIARD.

Contribution à l'étude des tumeurs du cerveau. Un cas de gliome neuro-formatif, par F. RAYMOND (*Arch. de neurol., octobre* 1893).

Femme, 40 ans, cuisinière, sans antécédents héréditaires connus, prise subitement de céphalalgie violente, bientôt accompagnée de crises épileptiformes avec perte de connaissance. Démence précoce, sans délire, sans paralysies, ni contractures; titubation rendant la marche et la station impossibles. Amaigrissement rapide, stupeur de plus en plus accentuée, escharre fessière double; mort dans le coma, quatre mois après le début de la maladie. A l'autopsie, gliome neuro-formatif du volume d'une orange, parti de la face interne du lobe frontal gauche. Compression cérébrale; atrophie par compression des fibres tangentielles de l'écorce du cerveau ; dégénérescence des fibres de la substance blanche du lobe frontal gauche et du faisceau d'association sous-jacent à la circonvolution de l'ourlet. Cette observation confirme les idées déjà avancées par Raymond, au sujet de la disparition des fibres à myéline tangentielles de l'écorce dans la compression cérébrale.

DESCOURTIS.

Contribution à l'étude des tumeurs névrogliques de la moelle épinière. Syringomyélie à type spasmodique, par RAYMOND (*Arch. de neurol., août* 1893).

Homme, 37 ans, cimentier, pas de syphilis antérieure, quelques excès alcooliques. Sa maladie remonte à trois années et a débuté par de la parésie des membres inférieurs, puis par de la raideur généralisée aux quatre membres et à la poitrine. Le 19 juin 1889, on constate cette raideur généralisée au tronc et aux membres supérieurs et inférieurs; atrophie considérable des muscles péri-scapulaires, surtout à droite ; parésie et raideur des membres ; exagération des réflexes ; trépidation spinale intense ; persistance de la sensibilité dans tous ses modes ; intégrité des organes des sens ; les

fonctions cérébrales ne laissent rien à désirer. On diagnostique : pachyméningite cervicale hypertrophique ; compression antérieure et latérale de la moelle ; myélite transverse consécutive ayant détruit une partie des cornes antérieures ; dégénérescence descendante des faisceaux latéraux. Fièvre typhoïde intercurrente ne laissant pas de traces. En mai 1890, douleurs vives en ceinture ; puis douleurs fulgurantes sur le trajet des nerfs sciatiques. En novembre, apparition d'une zone d'hyperesthésie occupant tout le membre supérieur droit ; douleurs au niveau du sacrum ; scoliose progressivement croissante. En octobre 1891 on observe des troubles de la sensibilité plus marqués. Au cou, en particulier, on constate une perte absolue de la sensibilité à la douleur et à la température dans toute la zone innervée par le plexus cervical superficiel, avec conservation du sens du tact dans ces mêmes points, réalisant ainsi la dissociation syringomyélique. Le 30 décembre 1891, on pratique la trépanation du canal rachidien et l'on vide un kyste faisant saillie à la face postérieure de la moelle : amendement rapide des symptômes de contractures. Mort au cinquième jour après l'opération, par hyperthermie, tétanie généralisée, etc., six ans après le début des accidents. Autopsie le 5 janvier 1892. Cerveau sensiblement normal. Moelle augmentée de volume, au niveau du renflement cervical, par la présence d'un gliome, formant kyste, et qui a été ouvert pendant l'opération. En suivant cette tumeur de bas en haut on voit qu'elle s'étend de l'extrémité du renflement lombaire jusqu'à quelques millimètres au-dessous du bec du calamus. En bas, la tumeur est constituée simplement par une infiltration diffuse située en arrière du canal central, et parfaitement distincte de lui. Les cordons postérieurs sont envahis surtout à gauche. Plus haut, on trouve altérées les cornes antérieures, toujours avec prédominance à gauche. Au niveau des vertèbres cervicales, la tumeur de mieux en mieux limitée, se creuse à son centre d'une cavité irrégulièrement étoilée, mais le canal central en est toujours distinct. Cette cavité s'est développée aux dépens d'espaces conjonctivo-vasculaires dégénérés et dilatés. Il est à remarquer qu'il y avait tendance à la régénération nerveuse dans les racines postérieures.

DESCOURTIS.

Aetiologie der Paralysis ascendens acuta, etc., par ALBU (*Zeit. f. klin. Med., XXIII, p.* 385).

A. montre que l'origine de la paralysie ascendante aiguë est ordinairement toxique. Il oppose aux intoxications médicamenteuses les intoxications infectieuses (variole, scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde, pneumonie). Les toxines agissent comme poisons nerveux, tantôt en excitant, tantôt en paralysant les centres vaso-moteurs. Il étudie, au point de vue de la pathologie générale, les rapports étroits qui unissent, surtout pour le système nerveux, l'infection et l'intoxication. Pour admettre l'origine infectieuse, il faut que l'organe malade présente des lésions anatomiques ; jusque-là on ne doit songer qu'à l'intoxication. A. F. PLICQUE.

Multiple Neuritis... nach Influenza, par LEYDEN (*Zeitschr. f. klin. Med., XXIV, p.* 1).

1° Névrite multiple suite d'influenza. Néphrite. Affection cardiaque. Œdème. Rétinite hémorragique. Accidents graves à récidives multiples. Guérison finale.

2° Polynévrite ancienne, récidivante ; paralysie ascendante à la suite d'influenza. Mort par paralysie. Tuberculose.

Pour L. la paralysie aiguë ascendante (maladie de Landry) ne répond pas à un processus anatomique fixe et comprend au moins deux formes : 1° une forme bulbaire ; 2° une forme neuritique. Dans ce cas, à la polynévrite vient s'ajouter un processus à la fois œdémateux et inflammatoire déterminant des lésions parenchymateuses de la moelle.

A. F. PLICQUE.

Sur la localisation des lésions médullaires dans la sclérose latérale amyotrophique, par P. MARIE (*Soc. des hôp.*, 17 *novembre* 1893).

La sclérose latérale amyotrophique est essentiellement caractérisée par une poliomyélite intense et progressive ; cette poliomyélite frappe non seulement les cellules motrices des cornes antérieures, mais encore beaucoup d'autres cellules, cellules des cordons, situées soit dans la corne antérieure ou latérale, soit dans les régions moyennes de la substance grise, soit dans le col de la corne postérieure ; la lésion de ces cellules joue un rôle capital dans la production des altérations de la substance blanche médullaire. C'est à elle qu'est due la dégénérescence des fibres extra-pyramidales du cordon latéral et probablement aussi la dégénérescence des fibres du territoire pyramidal proprement dit. H. L.

Étude comparative des lésions médullaires dans la paralysie générale et dans le tabes, par P. MARIE (*Gazette des hôp.*, 16 *janvier* 1894).

Marie admet que rarement la paralysie générale survient au cours du tabes, mais que les symptômes dus à la lésion des cordons postérieurs se manifestent assez souvent dès le début ou au cours de la paralysie générale. Il enseigne que dans la paralysie générale la zone cornu-radiculaire est intacte, tandis que la lésion de cette zone est constante dans le tabes, en revanche le faisceau en virgule est sclérosé. Il admet que les lésions médullaires de la paralysie générale sont d'origine endogène. Pour ce qui est de la sclérose bilatérale du cordon latéral, Marie rappelle que Raymond l'a considérée comme habituelle dans le tabes, et il la rapproche de la dégénération de ce même territoire qui existe dans la sclérose latérale amyotrophique ; il la croit, ici également, consécutive à l'altération des cellules du cordon latéral. Comparant les lésions dégénératives de la moelle dans le cordon postérieur à la suite d'une compression à celles de la paralysie générale, il trouve dans les deux cas lésion des bandelettes en virgule, lésion de la zone médiane de Flechsig ; preuve nouvelle de l'origine poliomyélitique des lésions de la paralysie générale. H. L.

De l'origine poliomyélitique d'un certain nombre de lésions qui frappent les faisceaux blancs médullaires, dans la pellagre, la paralysie générale et différentes scléroses combinées, par P. MARIE (*Soc. méd. des hôp.*, 12 *janvier* 1894).

Dans la pellagre, où il existe le plus souvent des lésions combinées des cordons postérieur et latéral, la dégénération du cordon postérieur a une localisation tout autre que chez les tabétiques ; il n'y a aucune lésion soit des racines postérieures, soit de leurs prolongements intra-

médullaires ; la dégénération est endogène et prend naissance à la suite de l'altération de certaines cellules de la substance grise médullaire, connues sous le nom de cellules du cordon postérieur, la poliomyélite est surtout marquée dans la région dorsale supero-moyenne. La dégénération du cordon latéral est due à la poliomyélite agissant sur les cellules du cordon latéral. Dans la paralysie générale, les lésions du cordon postérieur, au moins dans un grand nombre de cas, se localisent très nettement dans le territoire dit bandelette en virgule et respectent la zone cornu-radiculaire ; le processus est donc encore endogène ; dans les cas où les lésions simulent celles du tabes, le processus serait exogène. Dans les scléroses combinées, l'origine endogène d'une bonne partie des lésions semble évidente, le rôle de la poliomyélite par rapport à la production des lésions dégénératrices qui frappent les cordons blancs médullaires est considérable. H. L.

Einige sonderbare Fälle von Hemiplegie, etc..... (Quelques cas singuliers d'hémiplégie sans lésion en foyer dans le cerveau), par D.-E. JACOBSON (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh., IV, p.* 235, 1893).

L'auteur rapporte 6 cas personnels d'hémiplégie ayant présenté entièrement l'aspect de l'hémiplégie organique, a l'autopsie desquels on ne trouva aucune lésion. Des recherches bibliographiques étendues lui ont permis de retrouver 32 observations du même genre dues à différents auteurs. Dans un assez grand nombre de cas (22), l'hémiplégie était survenue au cours d'une autre affection (urémie, tuberculose pulmonaire, pneumonie, infection puerpérale, intoxication saturnine). Après avoir passé en revue les différentes théories émises sur la genèse de cet accident, l'auteur finit par conclure qu'elles sont purement hypothétiques et qu'on ne sait rien encore de formel à cet égard.

PIERRE MARIE.

Ueber einen scheinbar heilbaren Symptomencomplex, etc..... (Sur un syndrome vraisemblablement curable constitué par une paralysie bulbaire avec participation des extrémités), par GOLDFLAM (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh., IV, p.* 312, 1893).

Il s'agit de trois malades de 20 à 30 ans chez qui, en quelques semaines, se développa une paralysie bulbaire caractérisée par la participation du facial et des muscles masticateurs ; il y avait en outre paralysie de certains muscles des membres et du tronc (notamment muscles de la nuque et muscles respirateurs ; parmi les muscles des membres surtout ceux de la racine). Fréquence des rémissions et des exacerbations, durée moyenne 6 mois, guérison progressive. Pas de troubles de la sensibilité ni des sphincters, non plus que des sens spéciaux ou de l'intelligence. Pas d'atrophie musculaire, ni de modification des réactions électriques, pas de secousses fibrillaires, pas de troubles des sphincters. Goldflam fait remarquer que ce syndrome ne rentre dans aucun des types classés quoiqu'on puisse retrouver des cas analogues publiés par d'autres auteurs. Il émet l'opinion que peut-être s'agit-il là de troubles bulbaires déterminés par l'action de toxines sur les centres nerveux.

PIERRE MARIE.

Die Erkrankungen der Gelenke bei Gliomatose des Rückenmarks, Syringomyelie (Affections des articulations dans la gliomatose de la moelle), par A. SOKOLOFF (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XXXIV, 1 et 2, p.* 505).

Sokoloff a pu recueillir 20 observations et donne la relation de 3 autres faits inédits. Chacune de ces trois dernières observations est accompagnée de dessins importants. Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes.

Dans la gliomatose de la moelle (syringomyélie), on observe souvent des affections articulaires. A l'inverse de ce qui a lieu pour les arthropathies tabétiques, elles siègent le plus souvent aux extrémités supérieures. Elles se distinguent par la lenteur de leur évolution. Comme les complications articulaires du tabes, elles s'accompagnent d'une analgésie plus ou moins prononcée, qui est peut-être en partie responsable du développement qu'elles peuvent atteindre. Les lésions sont à peu près analogues dans le tabes et la syringomyélie ; dans les deux cas on a affaire à une sorte d'arthrite déformante ; mais ici les destructions osseuses et articulaires atteignent un degré très considérable. On trouve souvent des ostéophytes à l'extérieur ou à l'intérieur de l'article, tandis que dans l'arthrite déformante typique, les productions hyperplasiques apparaissent généralement en dehors de la capsule articulaire. Cette dernière, dans la syringomyélie, est ordinairement très épaissie et tendue, de même que les ligaments. Souvent il y a des épanchements intra-articulaires, mais ils disparaissent comme ils apparaissent, très vite et à l'improviste. Les muscles voisins sont généralement atteints de pseudo-hypertrophie lipomateuse.

D'ordinaire, les articulations sont très déformées ; à l'examen, on y note de la crépitation ; plus tard des luxations se produisent et parfois même des fractures intracapsulaires. Les caractères anatomiques et cliniques des lésions sont tels que le diagnostic de ces arthropathies est toujours facile. Quant au traitement, Sokoloff vante l'immobilisation pour les premiers stades de la maladie ; à une période plus avancée, il ne faut pas hésiter à avoir recours à l'intervention opératoire, c'est-à-dire à la résection et à l'arthrodèse. Dans ces circonstances, il ne faut jamais désespérer, car on connaît des cas où le processus qui a frappé la moelle a été enrayé ou a subi une régression manifeste. MARCEL BAUDOUIN.

Zur Lehre von den posthemiplegischen Bewegungserscheinungen (Contribution à l'étude des mouvements posthémiplégiques), par KOLISCH (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh., IV, p.* 14, 1893).

Dans la première observation il s'agit d'un tubercule, de la grosseur d'une noix, situé dans la région des corps quadrijumeaux empiétant vers le côté droit ; les principaux symptômes avaient consisté en paralysie bilatérale, surtout prononcée à droite, de la IIIe paire, en ataxie des mouvements des membres supérieur et inférieur gauches, avec hémiparésie et hémichorée.

L'auteur rapporte une seconde observation non suivie d'autopsie dans laquelle l'hémiplégie avec hémichorée du côté gauche s'accompagnait d'une paralysie de la IIIe paire, surtout marquée à droite ; le réflexe rotulien était absent.

Kolisch admet que les mouvements posthémiplégiques sont dus à ce

que les fibres du faisceau pyramidal sont directement ou indirectement intéressées soit dans le territoire de la capsule interne, soit dans le territoire du pédoncule cérébral; dans ce dernier cas les lésions peuvent siéger soit dans la région de la calotte, soit dans la portion postérieure de la protubérance, soit dans le pied du pédoncule. PIERRE MARIE.

Ueber hereditäre Ataxie (Friedreich'sche Krankheit), par SENATOR (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 21, *p.* 489, 22 *mai*, *et n°* 42, *p.* 1026, 16 *octobre* 1893).

Senator donne l'observation suivante, comme un cas type de maladie de Friedreich :

Campagnard de 19 ans ; une sœur de 32 ans est, depuis son enfance, atteinte de la même affection que lui ; elle peut à peine se remuer, le plus souvent elle reste assise, accroupie ou couchée. Lui-même ne sait rien sur les débuts de sa maladie. Les phénomènes les plus saillants s'observent dans la station debout et la marche. Dès qu'il est debout, même les yeux ouverts, il vacille ; les yeux fermés, il risque de tomber en arrière. Pour peu que la marche se prolonge, surviennent du tremblement et des vertiges. Les muscles des membres inférieurs sont très développés et durs, sans rien qui rappelle la pseudohypertrophie infantile. La sensibilité est intacte ; les réflexes cutanés sont normaux, tandis que les réflexes rotuliens sont très affaiblis, pas de trépidation épileptoïde. Du côté des membres supérieurs, il n'y a à signaler que la prompte fatigue des mains. Motilité et sensibilité de la face intactes. Léger nystagmus horizontal. Réaction pupillaire normale ; rien à l'examen opthalmoscopique. Parole lente, difficile, un peu monotone mais non scandée ; le malade semble prendre son temps avant de parler. Diminution de l'excitabilité faradique et de la galvanique, uniquement aux membres inférieurs.

Pour Senator, la maladie de Friedreich, loin d'être une affection systématique complexe de la moelle épinière, est la conséquence d'une atrophie congénitale du cervelet et de la moelle. J. B.

Gangrène spontanée des orteils chez un tabétique, par PITRES (*Revue neurol.*, *p.* 262, 15 *mai* 1893).

Tabétique de 16 ans, présentant depuis 6 ans des maux perforants plantaires et des phénomènes de névrite plantaire (douleurs vives, orteils violacés, tuméfiés, froids) se reproduisant tous les hivers. En décembre 1889 tous les orteils droits et le gros orteil gauche devinrent noirs, cadavériques et se séparèrent bientôt des parties voisines : deux ans après, mort subite. A l'autopsie, névrite et atrophie des fibres dans les nerfs musculo-cutanés et tibiaux antérieurs des deux côtés et surtout dans les nerfs collatéraux correspondant aux orteils absents où il ne restait plus une seule fibre intacte.

P. MERMET.

Gangrène foudroyante d'un membre inférieur au cours d'une ataxie locomotrice, par FOURNIER (*Mercredi méd.*, *n°* 28, *p.* 833, 15 *juillet* 1893).

Un homme contracte à 26 ans, en 1862, une syphilis bénigne qu'il traite négligemment. Au bout de deux ans, il est atteint d'une hémiplégie droite qui disparaît sous l'influence du traitement. Quelques années plus tard surviennent des douleurs en éclair, mais ce n'est qu'au bout de vingt-trois ans, en 1885, qu'il est sérieusement traité pour une ataxie.

Ce malade, encore ataxique valide en octobre 1892, est pris sans cause,

un soir, de malaise ; dans la nuit surviennent des douleurs vagues en ceinture et une douleur fixe dans le pied gauche qui présente de la rougeur.

Trois jours après, sur le dos du pied se montre une plaque de gangrène qui s'étend ; il se fait de la crépitation gazeuse. Malgré de larges incisions, les lésions deviennent envahissantes et le malade meurt le septième jour des accidents.

Il faut noter l'indolence de la région atteinte et une certaine obnubilation intellectuelle du malade. LEFLAIVE.

Contribution à l'étude des associations du tabes et de l'hystérie, par ROUFFILANGE (*Thèse de Paris*, 1893).

Ce travail, qui comprend 11 observations empruntées aux auteurs et 1 personnelle très détaillée, se termine par les conclusions suivantes : 1° Le tabes et l'hystérie peuvent coexister chez le même sujet, l'un précédant l'autre ou inversement ; 2° il résulte de l'association de ces deux maladies un tableau clinique très variable qui peut simuler telle ou telle affection de la moelle ou du cerveau, et conduire à des erreurs graves de diagnostic. P. SOLLIER.

Ueber einen ungewöhnlichen Fall von myopathischer Muskelatrophie..... (Sur un cas singulier d'atrophie musculaire myopathique avec participation de la face et de certains muscles à innervation bulbaire), par H. REINHOLD (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh.*, *IV*, *p.* 189, 1893).

Il s'agit d'une femme de 49 ans qui, dès l'enfance, aurait présenté une parole peu distincte et du nasonnement, et dont 2 des 4 frères et sœurs auraient été atteints de troubles analogues. On constatait chez elle une paralysie à peu près complète des muscles de la face (facial supérieur et inférieur). La langue, sans être atrophiée, ni à surface irrégulière, et sans offrir de secousses fibrillaires, était mince. La déglutition un peu difficile dans certains cas. Il existait en outre de l'insuffisance des abducteurs de la corde vocale droite. Les deux sterno-mastoïdiens étaient amincis, et même la portion sternale du sterno-mastoïdien droit était atrophiée. Les muscles masticateurs étaient peu développés et le maxillaire inférieur avait une tendance à se luxer spontanément. Pas de paralysie ni d'atrophie des muscles des membres. Mort au cours d'une bronchite.

A l'autopsie aucune altération des centres nerveux ni des nerfs périphériques, les muscles examinés présentaient une atrophie simple d'un certain nombre de fibres, une grande disproportion dans le diamètre des différentes fibres, une augmentation des noyaux ; pas de lipomatose luxuriante.

PIERRE MARIE.

Zur Casuistik der progressiven neurotischen Muskelatrophie, par S. SACKI (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 30, *p.* 723, 24 *juillet* 1893).

Cas d'atrophie musculaire progressive dite neurotique par J. Hoffmann (*R. S. M.*, XXXV, 516 et XXXIX, 134), caractérisé par un symptôme non encore signalé, l'existence d'une sensibilité à la pression de certains troncs nerveux.

Homme de 26 ans ; début il y a dix ans par de la faiblesse et de l'engourdissement des mains et des pieds. Après le travail, les mains étaient souvent raides ; les doigts restaient fléchis après avoir saisi un objet. La marche devint de plus en plus difficile à cause de l'affaiblissement. Les mains s'a-

maigrirent surtout au niveau des éminences thénar. Jamais de douleurs vives. Dans les derniers temps seulement, tout travail est devenu impossible. Pas de renseignements nets sur la famille.

Orteils en griffes, surtout les gauches ; pieds en varus équin. Jambes un peu grêles ; atrophie des péroniers, principalement à gauche. Pas de contracture. Nerf péronier gauche et nerfs cruraux sensibles à la pression. Abolition des réflexes rotuliens, conservation des réflexes de la plante des pieds et des crémasters. Mouvements actifs de la cuisse droite un peu lents mais d'ailleurs normaux. Extension du pied droit très diminuée ; adduction beaucoup plus énergique que l'abduction. Impossibilité d'étendre spontanément la dernière phalange des orteils. Flexion du pied et des orteils intacte. Mouvements actifs de la cuisse gauche plus faibles qu'à droite. Flexion et extension normales de la jambe gauche. Abduction du pied gauche supprimée. Réaction de dégénérescence partielle ou perte d'excitabilité électrique au niveau des muscles atteints ; diminution d'excitabilité électrique pour certains nerfs. Sensibilité au contact très affaiblie au niveau des pieds, à gauche surtout, tandis que les sensibilités à la douleur et à la température sont bien conservées. Légère cyphose cervico-dorsale.

Mouvements des épaules intacts. Atrophie presque complète des espaces interosseux, de la paume des mains et des éminences thénar et hypothénar. Suppression des réflexes tendineux des membres supérieurs. Conservation de l'excitabilité mécanique de leurs muscles. Mains tout à fait en griffes, avec déviation vers le bord cubital des articulations métacarpophalangiennes. Tous les mouvements des membres supérieurs sont conservés à part ceux dépendant des muscles intrinsèques des mains. Pas de sensibilité à la pression des troncs nerveux. Réaction de dégénérescence partielle ou inexcitabilité électrique des muscles atteints. Troubles de la sensibilité analogues à ceux des membres inférieurs. Vive sensibilité au froid et refroidissement des extrémités. Le malade qui avoue actuellement des excès de boisson nie en avoir fait avant d'être malade.

Contre l'idée d'une polynévrite, Sacki fait valoir le jeune âge du malade, l'évolution de la maladie, l'intégrité du nerf radial, etc. (*R. S. M.*, XXVIII, 118 et 119 ; XXXIV, 115 ; XXXVI, 532 et 533.) J. B.

Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive, par Ad. STRÜMPELL (*Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk., III, p.* 471).

Il s'agit d'un malade présentant une forme d'atrophie musculaire progressive de nature héréditaire (mère également atteinte) paraissant à beaucoup d'égards pouvoir être classée dans la myopathie progressive primitive, mais chez lequel cependant le début s'était fait par les petits muscles des mains. A l'autopsie, Strümpell constata, outre les lésions musculaires très analogues à celles de la myopathie primitive progressive, des altérations très nettes des nerfs périphériques et de la moelle, notamment la disparition du plus grand nombre des cellules ganglionnaires des cornes antérieures. Il pense que dans ce cas le processus avait débuté au niveau des muscles et, suivant une marche ascendante, avait remonté dans les nerfs et dans la moelle.

L'auteur ajoute un certain nombre de considérations sur le mode de production de la réaction de dégénération dans les muscles, sur les contractions fibillaires et sur les maladies nerveuses héréditaires en général.

PIERRE MARIE.

Etude sur les tics, par NOIR (*Thèse de Paris*, 1893).

Les tics sont des phénomènes moteurs caractérisés par la reproduction

fréquente et intempestive d'un mouvement coordonné et restant toujours plus ou moins sous la dépendance de la volonté. Ces phénomènes forment une série qui, par des transitions insensibles, relie les phénomènes purement moteurs (tics convulsifs simples) à des phénomènes purement psychiques (tics d'idée, obsessions, etc.).

Une première classe de tics comprend les tics *convulsifs simples* caractérisés par la brusquerie de leurs mouvements et leur apparence spasmodique; tels sont les secousses électriques et les pseudo-athétoses.

Une seconde classe comprend les tics *coordonnés*, dont les mouvements sont plus lents, tantôt rythmiques (balancement ou rotation de la tête, kronomanie), tantôt arythmiques. Ces tics plus complexes s'observent surtout chez les idiots. L'écholalie, la coprolalie, l'échokinésie peuvent se surajouter aux tics convulsifs ou coordonnés.

Les tics de l'idée, véritables maladies mentales, peuvent affecter, dans le tic *impulsif* une forme motrice qu'on peut regarder comme formant une dernière classe des tics véritables.

L'hérédité, les troubles fonctionnels des centres nerveux avec ou sans lésions apparentes, sont les causes prédisposantes des tics; les excitations, l'imitation sont les causes déterminantes. Le défaut d'inhibition par la volonté est la condition indispensable de leur reproduction. C'est l'éducation, le traitement pédagogique, la gymnastique qui constituent la meilleure méthode de traitement lorsque l'état intellectuel du sujet le permet. LEFLAIVE.

Ueber Tetanie, par EWALD (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 22, *p.* 531, 29 *mai* 1893).

Femme de 26 ans, sujette à des diarrhées fréquentes. En mars 1892 premier accès de tétanie qui dure 3 jours. En avril et mai, 2 nouveaux accès d'un jour; en juin et août plusieurs accès, en septembre et novembre les accès tétaniformes surviennent presque chaque semaine et durent de 2 à 5 jours. En février 1893, la tétanie revient sous forme d'accès journaliers durant 12 heures, atteignant les membres supérieurs surtout. L'examen de l'estomac indique une sécrétion chlorhydrique plutôt qu'acide, des vomissements répétés; un peu de gastrectasie sans entéroptose. Amaigrissement extrême; selles argileuses; aqueuses pendant les périodes de diarrhée, pultacées dans les intervalles.

Les accès de tétanie surviennent chaque fois que les selles sont pultacées ou un peu fermes et cessent lorsqu'elles redeviennent diarrhéiques.

Les urines, pendant et immédiatement après les accès, renferment une ptomaïne.

Ewald pense que chez cette femme, dont la digestion intestinale était défectueuse, il se produisait une ptomaïne éliminée dans les phases de diarrhée et s'accumulant pendant les intervalles. J. B.

Klinische und anatomische Untersuchungen über..... (Recherches cliniques et anatomiques sur un cas de névrite multiple avec affection des nerfs optiques), par S. FUCHS (*Zeitschr. f. Nervenh.*, *IV. p.* 38, 1893).

Au cours d'une polynévrite caractérisée par des troubles sensitifs et moteurs multiples survint une névrite optique bilatérale dont à l'autopsie la nature fut reconnue comme nettement interstitielle. En outre de la polyné-

vrite il existait des lésions circonscrites dans la moelle (région sacrée supérieure et lombaire inférieure). PIERRE MARIE.

Sul tremore essenziale ereditario, par UGHETTI (*Rivista sper. di Freniatria, XIX*, 2 *et* 3, *p.* 266).

Homme de 40 ans, bien constitué, d'habitudes régulières. Début du tremblement dans les mains à l'âge de 14 ans, celui-ci alla en augmentant jusqu'à l'âge de 30 ans; à partir de cet âge, pendant les 10 années qui suivirent, le tremblement diminua. Pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde (à 22 ans) le tremblement s'était considérablement exaspéré. Les caractères de ce phénomène sont les suivants : il est presque entièrement limité aux membres supérieurs, ne se produit que pendant les mouvements, prédomine plutôt sur la main gauche. Les émotions, surtout colère et peur, exagèrent considérablement le tremblement, la fatigue musculaire l'augmente plus ou moins. L'ingestion de liqueurs alcooliques le diminue, mais, dans les jours qui suivent, le tremblement augmente. Le thé, le café, la quinine exagèrent celui-ci presque immédiatement, l'antipyrine le calme; le bromure de potassium a peu ou pas d'influence.

L'auteur entre ensuite dans des détails sur le tremblement en général et sur le moyen de l'enregistrer, il décrit l'appareil dont il s'est servi pour obtenir les tracés joints à son travail et examiner les caractères des divers tremblements. Il joint un index bibliographique des publications déjà faites sur le tremblement essentiel. PIERRE MARIE.

Ueber die Erblichkeit der Tuberkulose, par A. GAERTNER (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt., XIII, et Hyg. Rundsch., n°* 14, *p.* 627, 15 *juillet* 1893).

L'espèce humaine n'offre pas la prédisposition la meilleure à la tuberculose ; en effet, cette maladie guérit chez l'homme dans la moitié des cas, y évolue en général très lentement et enfin y reste le plus souvent locale. Si malgré l'absence de prédisposition toute spéciale, on voit la tuberculose survenir si fréquemment chez l'honmme, cela tient à la fois à l'ubiquité des sources d'infection, aux moyens de protection relativement faibles et à la longue durée de la vie. Les prédispositions individuelles expliquent le caractère plus ou moins grave et les progrès plus ou moins rapides de la maladie ; ces prédispositions sont influencées par tous les agents de débilitation générale ou locale. En outre, il y a une autre prédisposition basée sur des conditions mécaniques et sur la constitution chimique des cellules et des sucs de l'organisme. Ces prédispositions générale et spéciale peuvent être acquises ou héréditaires.

Jusqu'ici l'atténuation artificielle des bacilles tuberculeux n'est pas démontrée d'une façon indubitable, bien que maints faits la fassent croire possible.

La tuberculose fœtale est extrêmement rare. 2 fois seulement on a constaté la présence de bacilles tuberculeux dans un fœtus paraissant sain (Armanni, et Birch-Hirschfeld et Schmorl). Il est également exceptionnel de rencontrer des tuberculoses du jeune âge qu'on puisse sûrement rattacher à la vie fœtale ; ces faits rares suffisent toutefois pour démontrer la possibilité du passage des bacilles des parents aux fœtus.

Mais cette rareté de la maladie avant et immédiatement après la naissance ne prouve pas que la tuberculose survenue ultérieurement ne

doive pas être rattachée à la période qui a précédé la naissance. Tous les observateurs sans exception ont trouvé un fort excédent de mortalité tuberculeuse durant la première année de la vie et ensuite un abaissement considérable ; vers l'époque de la puberté, on a également partout constaté une ascension des décès par tuberculose. L'âge constitue donc une prédisposition pour l'évolution mortelle de la tuberculose. D'après Heller qui a fourni les chiffres les plus sérieux, la mortalité tuberculeuse est de 245 sur 10,000 vivants du même âge, dans la première année, de 114 dans la deuxième, de 76 dans la troisième, de 34 dans la quatrième et de 14 de 5 à 10 ans ; ces chiffres n'étant jamais atteints à une période plus avancée de la vie, il en ressort qu'en outre de la prédisposition d'âge, il existe dans les premiers temps de la vie une source d'infection très puissante. La statistique ne peut nous dire si cette source gît dans la période fœtale ou dans les premiers temps de la vie extra-utérine, parce que ces deux époques sont trop rapprochées l'une de l'autre et qu'on ignore la durée de la maladie. La mortalité est plus considérable dans la deuxième moitié de la première année que dans la première moitié. Contrairement à l'opinion de Baumgarten, il semble que la tuberculose évolue plus rapidement dans la première jeunesse. Il n'y a donc aucun motif de rapporter à une infection datant de cette époque ou de la vie fœtale, la plupart des tuberculoses qui se produisent aux âges ultérieurs. La tuberculose primitive du foie, de la rate, de la peau, des os et des articulations n'est explicable dans la première enfance que par l'infection fœtale.

De nombreuses expériences faites sur des souris blanches, des canaris et des lapins, Gærtner conclut que très souvent les bacilles tuberculeux passent de la mère au fœtus. Comme la statistique démontre l'excessive mortalité humaine par tuberculose dans la première année de la vie, il estime qu'il doit en être de même chez l'homme. D'autre part comme les expériences de Gærtner sur les lapins et cobayes sont contraires à l'idée du passage des bacilles tuberculeux du père au fœtus, il en conclut à la non-existence chez l'homme de ce mode de transmission de la tuberculose.

J. B.

Sur les pyrexies apyrétiques, par TEISSIER (*Lyon méd.*, 21 *janvier* 1894).

T. publie l'observation d'une pneumonie chez un adulte qui a évolué, la température restant toujours entre 36°,5 et 37°,1. Il rappelle que des faits semblables ont été observés dans la fièvre typhoïde, la grippe. On peut supposer que les germes pathogènes sont parfois susceptibles de donner naissance à des produits hypothermisants. Mais T. pense qu'on peut attribuer ces athermies à la rétention dans l'organisme des produits de la dénutrition cellulaire consécutive à l'action des éléments infectieux.

A. CARTAZ.

Sur la leucocytose dans la pneumonie fibrineuse, par W. BIEGANSKI (*Przegl. lekarski*, 25 *novembre et* 9 *décembre* 1893).

Dans 12 cas de pneumonie fibrineuse, B. a pratiqué 70 examens du sang ; 2 de ces cas ont été terminés par la mort. Dans les 10 cas terminés par la guérison, il y a eu de la leucocytose qui apparaissait déjà

dès le début de la maladie, mais devenait surtout intense avant la crise fébrile. Le nombre des leucocytes variait dans les limites entre 12,000 — 52,000 par centimètre cube ; le plus souvent entre 18,000 — 20,000. Après la crise (parfois déjà dans les 24 heures) ce nombre descendait à la normale, 4,000 — 6,000. Dans les cas où la température baissait graduellement, la leucocytose diminuait de même peu à peu. S'il y avait, dans le cours de la maladie, une fausse crise, la leucocytose restait au même niveau. L'augmentation du nombre des globules blancs a lieu principalement aux dépens des leucocytes polynucléaires ; les lymphocytes n'augmentent pas de nombre ; les cellules éosinophiles disparaissent complètement pendant la leucocytose ; le nombre des plaquettes de Bizzozero diminue. Après la crise, le nombre des cellules éosinophiles augmente de 1 — 1 1/2 0/0 à 2 — 4 0/0. Dans les 2 cas terminés par la mort, il n'y a pas eu de leucocytose.

L'auteur se rallie à l'opinion de Jaksch sur la valeur de la leucocytose, pour le diagnostic différentiel et le pronostic de la pneumonie croupale. H. FRENKEL.

Contribution à l'étude de l'hémiplégie pneumonique, par SALOMON (*Thèse de Paris*, 1893).

L'hémiplégie pneumonique s'observe surtout chez le vieillard, plus rarement chez l'adulte et chez l'enfant. Chez le vieillard, elle peut si bien masquer la pneumonie, qu'on ne reconnaît cette dernière qu'à l'autopsie. Toujours mortelle chez le vieillard, elle est souvent curable chez l'adulte. L'examen du cerveau ne permet de découvrir aucune lésion pouvant expliquer les phénomènes paralytiques. L'hémiplégie est sans doute due à l'inhibition des centres moteurs encéphaliques des muscles paralysés. GEORGES THIBIERGE.

Zur Kenntniss des Pyopneumothorax subphrenicus, par F. LEVISON (*Berlin. klin. Woch.*, nº 15, *p.* 367, 10 avril 1893).

Fille de 22 ans. En janvier, hématémèse ; en septembre suivant, brusquement prise, pendant la nuit, d'une violente douleur dans l'hypocondre gauche, bientôt généralisée à tout le ventre avec vomissement, dyspnée, fièvre.

Entrée à l'hôpital le 4e jour des accidents : immobilité dans le décubitus dorsal, 36 respirations plaintives, 150 pulsations, 40°. Ballonnement et sonorité tympanique universels de l'abdomen. Le son tympanique remonte sur la poitrine, des deux côtés, jusqu'à la 4e côte, masquant la matité hépatique. Dans la région sous-scapulaire gauche, matité avec affaiblissement du murmure vésiculaire. Diagnostic de péritonite par perforation d'un ulcère de l'estomac. L'état de la malade s'améliore un peu les jours suivants, mais la matité dorsale remonte peu à peu jusqu'à l'épine scapulaire. Le 9e jour, on perçoit au-dessous de l'angle de l'omoplate une zone tympanitique de 3 à 4 centimètres de largeur avec signes de pneumothorax qui s'accentuent le lendemain. Le 12e jour, première ponction négative dans le 8e espace intercostal et deuxième ponction dans le 7e espace tout contre l'angle de l'omoplate : Issue d'air fétide sans aucun liquide. Le 13e jour, pneumonie du lobe inférieur droit. Mort

Autopsie : cavité purulente, contenant un peu d'air, limitée par le lobe hé-

patique gauche, la vésicule biliaire, le grand épiploon, l'estomac, la rate et le diaphragme qui est fortement refoulé en haut, de sorte que les deux ponctions ont été faites en réalité dans la cavité adominale. L'abcès ne communiquait nullement avec la cavité pleurale. L'estomac présentait au niveau de sa grande courbure une perforation ayant à sa face interne un diamètre de un centimètre et demi, tandis qu'en dehors elle était oblitérée par des membranes puriformes, friables. La cavité pleurale gauche était intacte. J. B.

Un cas de pleurésie séreuse tuberculeuse et streptococcique par SACAZE (*Rev. de médecine, p.* 314, 10 *avril* 1893).

Sacaze publie l'observation d'un malade chez lequel le liquide séreux contenu dans la plèvre renfermait des streptocoques qui se sont parfaitement développés sur divers milieux de culture tandis que l'inoculation intra-péritonéale pratiquée sur trois cobayes a amené chez l'un d'eux le développement d'une tuberculose abdominale manifeste. Le malade a d'ailleurs parfaitement guéri, en apparence tout au moins.

L'auteur insiste sur la nature séreuse du liquide malgré la présence de streptocoques dans cet épanchement pleurétique, l'absence de purulence malgré plusieurs ponctions consécutives et la facilité avec laquelle on aurait pu méconnaître la nature tuberculeuse de la pleurésie si, s'en tenant aux résultats fournis par les cultures seules, on n'avait pas eu recours aux inoculations. C. GIRAUDEAU.

Pathogénie de la dilatation des bronches, par NICAISE (*Rev. de médecine, p.* 806, 10 *septembre* 1893).

Les bronches à l'état physiologique, dit Nicaise, sont en état de contraction pendant l'inspiration, elle ont alors leur diamètre minimum; pendant l'expiration, quand celle-ci est calme et que le larynx ne fonctionne pas, c'est-à-dire quand la glotte n'est pas rétrécie, les bronches ne subissent pas de dilatation appréciable, si tant est qu'elles en subissent; au contraire, quand l'expiration est puissante, que la glotte est rétrécie, comme dans le chant, le cri, les bronches se dilatent plus ou moins selon l'intensité et la durée du chant et du cri.

La dilatation pathologique des bronches reconnaît deux ordres de causes : des causes prédisposantes et des causes efficientes.

Les causes prédisposantes sont les inflammations avec destruction plus ou moins grande des éléments constituants, et les troubles de la nutrition, sclérose, dégénérescence granulo-graisseuse, etc., d'où résultent une diminution de la résistance des tissus, qui se laissent distendre et une diminution ou une perte de l'élasticité de l'organe qui l'empêche de reprendre son calibre normal.

Les causes efficientes sont celles qui augmentent la tension intra-bronchique, telles que le chant, le cri, la toux. Cette augmentation de tension ne se produit que dans l'expiration. L'exagération de cette tension, sa répétition, sa prolongation amènent peu à peu la dilatation.

C. GIRAUDEAU.

Variétés cliniques et pathogénie des endocardites infectieuses, par A. PINEAU (*Thèse de Paris*, n° 33, 1893).

Les endocardites infectieuses ne sont qu'une détermination locale possible des diverses infections sanguines primitives ou secondaires, lors même que ces infections sanguines restent cliniquement latentes. Les causes de ces endocardites sont multiples; les microbes capables de les déterminer sont nombreux ; il n'existe aucune relation entre les formes cliniques, les agents pathogènes et les lésions.

En dehors de ces endocardites infectieuses, il existe des endocardites toxiques dont la nature n'est pas rigoureusement démontrée, mais dont on peut admettre la possibilité. Telles sont les endocardites dues aux toxines microbiennes (diphtérie), aux intoxications par le plomb ou l'alcool, aux poisons d'origine interne (goutte, diabète).

A côté des formes cliniques connues de l'endocardite infectieuse, telles que la forme bénigne du rhumatisme, ou les formes malignes typhoïde ou pyémique, il existe d'autres formes malignes moins connues, beaucoup plus rares : forme commune prolongée, continue non hyperthermique, continue paroxystique, intermittente, à poussées successives et enfin une forme apyrétique que Pineau étudie plus spécialement. Toutes ces formes peuvent d'ailleurs se combiner, s'associer, se succéder.

Il est probable que dans le rhumatisme les endocardites infectieuses malignes sont dues à des infections secondaires; il en est vraisemblablement de même pour les maladies infectieuses dont l'agent pathogène est actuellement inconnu (scarlatine, variole, rougeole...) et pour celles dont l'agent pathogène n'envahit pas le sang (diphtérie). Quant aux endocardites de la chorée et de l'érythème noueux, il est probable qu'elles sont dues comme la chorée et l'érythème noueux à des infections multiples et variées. E. MOSNY.

Ueber die Bradycardie der Reconvalescenten, par Karl DEHIO (*Deutsches Arch. f. klin. Med.*, *LII*, *p.* 74, 1893).

La bradycardie des convalescents fait suite progressivement à la diminution de fréquence du pouls, qui accompagne chez eux normalement l'hypothermie ; quand la température revient à la normale le nombre des pulsations redevient aussi normal. Quelquefois on note pendant quelques heures ou même quelques jours une accélération passagère de pouls, qui peut atteindre des chiffres normaux ou supérieurs à la normale. La durée de la bradycardie est de quelques jours à une semaine, rarement plus. Les symptômes concomitants n'ont rien de spécial. Les bruits du cœur sont normaux, sauf quelquefois un peu d'irrégularité ; le pouls est peu élevé, souvent dicrote. Les cas légers en sont sans importance. Mais il est des cas plus graves où la pâleur est extrême, la perte des forces telle que le malade ne peut que difficilement se soulever. Le pouls dépressible à peine sensible, on entend à peine les bruits du cœur ; mais le deuxième bruit est dédoublé. Il peut exister un souffle systolique à la pointe. En somme tout le syndrome est en rapport avec

un trouble cardiaque, indiquant une faiblesse du myocarde plus ou moins prononcée.

L'action de l'atropine est ici remarquable en ce qu'elle est beaucoup moins marquée qu'à l'état normal; et cet état réfractaire du cœur à l'atropine cesse après guérison complète. C. LUZET.

Les secousses trachéales dans l'anévrisme de l'aorte, par MARTIN-DURR (*Thèse de Paris*, 1893 *et Gaz. des hôp.*, 27 *mars* 1894).

Les secousses trachéales, découvertes par Oliver en 1878, et rattachées à l'existence d'un anévrisme de l'aorte, paraissent en rapport avec les dilatations anévrismales occupant la partie postéro-inférieure de la portion transversale de la crosse aortique. On a presque toujours observé, en concomitance avec le phénomène précédent, des phénomènes de compression du récurrent ou du pneumo-gastrique avant l'origine du laryngé inférieur. Le mécanisme de la secousse trachéale s'explique par l'impulsion brusque imprimée de haut en bas au tube laryngo-trachéal par l'anévrisme localisé de la crosse aortique à cheval sur la racine de la bronche gauche. Pour constater ce signe on aura recours de préférence au procédé d'Oliver : placer le malade debout le menton très élevé et la bouche fermée, prendre le cricoïde entre le pouce et l'index et le fixer doucement de bas en haut. GIRODE.

Rétrécissement calcaire sous-aortique, par BOINET (*Marseille méd.*, *n°* 23, *p.* 633, 1893).

Un homme de 36 ans, rhumatisant, présentait les symptômes d'une insuffisance mitrale, arrivée à la période d'asystolie. De plus, un bruit de souffle systolique s'entendait au niveau du 3e espace intercostal, un peu au-dessous de l'orifice aortique, se prolongeant à peine dans la direction de l'aorte.

A l'autopsie, on constata un volumineux anneau calcaire remplaçant tout l'orifice mitral, atteint d'insuffisance et de rétrécissement. Au voisinage de l'orifice aortique, cet anneau mesurait deux centimètres de largeur; de ce point partait un prolongement calcaire, de forme pyramidale, comparable à un gros cartilage aryténoïde, mesurant deux centimètres de long sur quinze millimètres de large et faisant saillie dans l'espace sous-aortique qui se trouvait ainsi très rétréci. Les valvules sigmoïdes étaient intactes.

LEFLAIVE.

Oblitération de la veine cave supérieure. Guérison par développement de la circulation collatérale, par COMBY (*Soc. méd. des hôp.*, 15 *décembre* 1893).

Un homme de 36 ans entre à l'hôpital le 5 décembre 1891 pour des crises douloureuses avec constriction précordiale dont le début remontait à 18 mois. Il avait en outre des vertiges, de la tachycardie et des varicosités sur le haut du thorax. A son admission le malade était dyspnéique ; il y avait de la bouffissure du visage, saillie des yeux, gonflement du cou, surtout à droite qui est dur, avec cordons veineux, dus à la thrombose de la jugulaire externe et de l'axillaire. Sur la paroi antérieure du thorax réseau veineux bleuâtre, descendant presque à l'abdomen. Membres supérieurs œdématiés, cyanosés, froids.

Battements du cœur fréquents. Souffle systolique de la base. Matité à la partie supérieure du sternum sans voussure ni thrill, pouls radiaux égaux, rien au poumon.

Deux ans après on voit un développement énorme des veines sur le devant de la poitrine, les côtés, l'abdomen. Plusieurs ont le volume de la fémorale; l'une d'elles va s'aboucher dans un tronc épigastrique; le visage est coloré, rouge, mais sans œdème; mais évidemment l'oblitération de la veine cave supérieure persiste; il y a guérison relative mais le malade reste essoufflé quand il fait des efforts; on retrouve la matité rétro-sternale et le souffle systolique de la base. Le traitement a consisté en purgations répétées, alternances de digitale et de caféine et iodure de potassium (4 gr. par jour.)

H. L.

I. — Blut gesunder und kranker Menschen (Le sang à l'état normal et pathologique), par v. JAKSCH (*Zeitschr. f. klin. Medicin, XXIII, p.* 187).

II. — Zur Blutuntersuchung, par STINTZING (*Berlin. klin. Woch.*, n° 20, *p.* 485 *et* 486, 15 *mai* 1893).

I. — J. examine le sang à l'état sain, dans les affections nerveuses, les intoxications, le diabète, les maladies aiguës (pneumonie, fièvre typhoïde, septicémie) les maladies du foie, celles du cœur et des vaisseaux, celles du poumon et de la plèvre, celles du rein, les anémies primitives, les cachexies. Voici ses conclusions :

Quand le nombre des éléments cellulaires et surtout des globules rouges, diminue la quantité d'albumine suit une décroissance parallèle. Le typhus, les néphrites, la chlorose font exception à cette règle. Relation plus intime encore entre la diminution de l'hémoglobine et celle de l'albumine. Pas de relation entre le nombre des leucocytes et le chiffre de l'albumine. En revanche la quantité d'extrait sec du sang donne toujours un chiffre très voisin du chiffre de l'albumine; à cette règle, le diabète fait exception, on nota également une exception dans un cas de néphrite. Pas de relation entre les œdèmes et la quantité d'albumine du sang.

Trois maladies seulement ont une caractéristique hématologique : 1° le diabète avec sa richesse entière du sang en extrait sec, richesse qu'explique la glycémie; 2° la fièvre typhoïde avec hydrémie fréquente et dans les cas graves hypoalbuminurie; 3° les anémies avec leur diminution des matières albuminoïdes et leur hydrémie. Ce rapport inverse de la quantité d'eau et la quantité d'albuminoïde est une loi absolue ne souffrant pas d'exception.

A. P. PLICQUE.

II. — Stintzing a examiné du sang (20 à 30 centigrammes) tiré des doigts et desséché 6 heures à la température de 65° centigrades. Ses résultats concordent d'une façon générale avec ceux de von Jaksch qui a obtenu toutefois dans certains cas des valeurs un peu trop considérables pour la substance sèche.

Voici les chiffres de Stintzing : proportion d'eau, 78,3 0/0 chez l'homme et 79,8 0/0 chez la femme. Dans les anémies graves, la proportion de substance sèche peut tomber à 10 0/0. L'ingestion de grandes quantités d'eau ne modifie pas la richesse du sang en eau. Dans la chlorose et dans la leucémie, on ne trouve pas une proportion de substance sèche aussi faible que dans les anémies graves.

J. B.

Origine intestinale de la chlorose, par FORCHHEIMER (*Americ. j. of med. Sc., juillet* 1893).

Dans ce travail, l'auteur se propose de démontrer que la chlorose est déterminée par des modifications siégeant dans le petit intestin.

L'oligochromhœmie est la caractéristique du sang chlorotique. Aucun diagnostic certain ne peut être fait sans un examen du sang. Cette diminution de l'hémoglobine peut reconnaître deux causes seulement : soit la destruction trop considérable de l'hémoglobine, soit sa formation insuffisante. Or, la destruction de l'hémoglobine entraîne celle des globules rouges. Il n'en est rien dans la chlorose et l'examen des urines ne montre pas cette destruction des globules rouges. La chlorose n'est pas due à l'hémolysis soit des corpuscules ou de l'hémoglobine, mais se rattache à une hémopoièse insuffisante, le plus souvent par formation réduite de l'hémoglobine, quelquefois aussi dans les cas graves, secondairement à la production trop faible des globules rouges.

On a peu recherché l'origine de l'hémoglobine. L'auteur ayant analysé à cet égard le sang artériel et le sang veineux de la mésaraïque a trouvé la même quantité d'hémoglobine dans l'un et dans l'autre, mais une différence de près d'un million de globules en faveur de l'artère. Il en conclut que les globules de la veine contiennent plus d'hémoglobine, que celle-ci provient de l'intestin où le sang veineux l'a puisée. Etant démontré que la production insuffisante de l'hémoglobine était l'origine de la chlorose, que d'autre part celle-ci avait pour source l'intestin grêle, il était utile de rechercher quelle cause entraînait cette diminution dans la formation de l'hémoglobine. C'est à l'examen direct que l'auteur demande la solution du problème.

Il prend 3 litres d'urine d'un chlorotique, ajoute après filtration 3 fois la quantité d'alcool, goutte par goutte, jusqu'à ce qu'il se produise un précipité floconeux, peu abondant ; il filtre de nouveau. Le précipité mêlé à l'eau injecté dans le tissu cellulaire du lapin en petite quantité, élève la température, et le paralyse ; à plus forte dose donne la mort. La toxicité de cette substance est absolue. C'est un produit intermédiaire entre l'albumine et la peptone, produit soit par putréfaction soit par digestion dans l'intestin grêle. Il est très probable qu'il résulte de la destruction de la partie albumineuse de la molécule qui précède l'hémoglobine.

En résumé, on peut conclure qu'il existe peut-être d'autres origines de l'hémoglobine que l'intestin grêle ; mais que de toute évidence, cependant il en est la principale source et que, dans la chlorose notamment, il en est la plus importante. F. VERCHÈRE.

Beiträge zur Kenntniss..... (Des affections spinales observées dans le cours de l'anémie pernicieuse), par M. NONNE (*Archiv f. Psychiatrie, XXV, 2, p. 421*).

Une première observation publiée par Nonne concerne un homme de 48 ans, non syphilitique, entré à l'hôpital avec les symptômes d'un catarrhe gastro-intestinal, et qui a présenté dans la suite une anémie ayant tous les caractères de l'anémie pernicieuse progressive. 2 mois plus tard, douleurs de moyenne intensité dans les membres inférieurs, secousses cloniques dans les jambes pendant 2 jours, faiblesse motrice progressivement

croissante, affaiblissement des réflexes patellaires, incoordinaire motrice; pas de troubles de la sensibilité ni de la réaction des pupilles. A cette époque le malade a expulsé un tœnia mediocaneltala, sans que son état se soit amélioré dans la suite.

3 mois plus tard, on constatait l'abolition des réflexes patellaires des deux côtés; les pupilles réagissaient paresseusement; l'incoordination motrice avait fait des progrès; paralysie passagère de la vessie.

Plus tard encore, les réflexes patellaires sont revenus, il n'y avait pas de troubles de la sensibilité; la réaction pupillaire était conservée. Le malade a succombé aux progrès de la consomption.

Une seconde observation se rapporte à un homme de 57 ans, non syphilitique, qui, sans cause appréciable a présenté des phénomènes de paresthésie et de légères douleurs dans les membres inférieurs avec de l'incoordination motrice, puis de la constriction en ceinture, des troubles gastriques, des phénomènes de paresthésie dans les membres supérieurs.

Environ 9 mois après le début des accidents on constatait l'état suivant : ataxie très manifeste, affaiblissement très manifeste du phénomène du genou; émoussement de la sensibilité au toucher et à la douleur, dans les membres. Réaction des pupilles normale.

Dans les 2 mois qui ont suivi, l'ataxie s'est dissipée, les réflexes patellaires sont redevenus normaux; le malade présentait les signes d'une anémie pernicieuse progressive, à laquelle il n'a pas tardé à succomber.

Dans les 2 cas, on a constaté sur des coupes de la moelle durcie, des îlots de dégénérescence disséminés dans les cordons postérieurs sur toute la longueur de la moelle, et intéressant sur toute la zone radiculaire moyenne; en outre les cordons de Goll étaient le siège d'une dégénérescence ascendante, qui, dans un cas, partait de la partie supérieure, et dans l'autre, de la partie moyennne du segment dorsal. D'autres îlots de dégénérescence occupaient les cordons latéraux. Les racines postérieures étaient intactes.

L'examen microscopique a fait voir que ces îlots de dégénérescence résultaient de la confluence de foyers plus ou moins volumineux au sein desquels on découvrait tous les degrés de transition entre l'inflammation aiguë et la prolifération secondaire de la névroglie. Intégrité des zones de Lissauer.

L'auteur a mis en parallèle ces faits et d'autres de même nature, publiés précédemment, avec le tabes, afin d'éclairer la nature de ces altérations spinales qu'on observe dans le cours de l'anémie pernicieuse. Il s'agit somme toute, d'un processus dont l'étiologie est encore obscure, d'une durée relativement courte, se chiffrant par plusieurs mois, au plus, à symptomatologie assez tranchée, ayant pour début des lésions spinales bien caractéristiques, distinctes des lésions du tabes. E. RICKLIN.

Traité des maladies de la bouche, par E. MAUREL (*in*-8, *Paris*, 1893).

Réunissant dans ce volume des leçons faites en 1888, l'auteur a cru devoir exposer dans une introduction les recherches bactériologiques plus récentes, ce qui lui a permis de mettre au jour ces leçons claires et concises. L'introduction constitue une sorte de pathologie générale de la bouche, où le rôle des microorganismes est en évidence, au point de vue de l'étiologie des maladies de cette cavité. Les microbes de la bouche sont divisés en 4 classes : 1° Ceux dont les propriétés pathogènes bien connues exercent leur action plus spécialement dans la

bouche elle-même (muguet, diphtérie, langue noire, carie dentaire ; 2° ceux dont les propriétés pathogènes également connues peuvent s'exercer aussi bien dans la bouche que dans le reste de l'organisme (streptocoques, staphylocoques) ; 3° ceux qui sont pathogènes, mais pour lesquels la bouche n'est qu'un habitat et qui exercent leur action sur d'autres points de l'organisme, et 4° ceux qui n'ont encore pas de propriétés pathogènes connues.

L'auteur expose ensuite méthodiquement les maladies médicales de la bouche : 1° stomatites (érythémateuse aiguë et chronique, ulcéreuse, gangréneuse ; 2° stomatites partielles à savoir : *a*) glossites (aiguës superficielles et profondes, chroniques, desquamatives, exfoliative, marginée), affection douloureuse de la langue (glossodynie, névralgie linguale, ulcération imaginaire) et langue noire ; *b*) palatites ; *c*) uvulites ; *d*) stomatite aphteuse ; *e*) stomatite ulcéro-membraneuse ; *f*) noma ; 3° stomatites toxiques (mercurielle, crémeuse). Il nous est impossible d'entrer dans une analyse plus approfondie.

Enfin l'auteur a ajouté un chapitre d'hygiène buccale, qui découle des considérations générales de l'introduction et où il indique les soins à donner à la bouche dans la première enfance, pendant la première et la deuxième dentition, chez l'adulte et chez le vieillard. C. LUZET.

Traité des maladies de l'estomac, par DEBOVE et RÉMOND (1 *vol. de* 230 *pages, Paris*, 1893).

La classification des auteurs diffère de celles adoptées par leurs devanciers, notamment par Hayem et Bouveret. Tandis qu'Hayem a adopté une classification purement chimique, Bouveret une classification mixte, Debove et Rémond s'en tiennent à celle qui avait cours avant que les travaux sur le chimisme stomacal et ses déviations n'eussent vu le jour, c'est-à-dire à la classification anatomo-pathologique.

Il en résulte certaines lacunes que nous croyons devoir signaler, ainsi l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion permanente qui sont des troubles chimiques possédant une autonomie incontestable et présentant une fréquence relativement grande, sont très brièvement décrites en quelques lignes, tandis que les auteurs s'étendent avec complaisance sur certaines néoplasies de l'estomac, comme les myomes, les lipomes, les fibromes, etc., qui ne sont que des curiosités d'autopsie. Voici d'ailleurs le plan suivi par Debove et Rémond.

Les premiers chapitres de l'ouvrage sont consacrés à l'étude de l'anatomie et de la physiologie de l'estomac, ainsi qu'à l'exposé des signes fournis par l'interrogatoire du malade et des moyens physiques et chimiques d'exploration de l'estomac.

Les auteurs traitent ensuite de la dyspepsie qu'ils définissent « un syndrome constitué surtout par l'élément douleur. » Cette définition exclue donc les cas assez nombreux où le chimisme stomacal est gravement altéré, où le fonctionnement utile de l'estomac est réduit au minimum, sans que cependant les malades accusent de douleur à proprement parler : tels les cas d'apepsie ; cette définition quelque peu exclusive se trouve contredite plus loin par la proposition émise par les auteurs à savoir qu'il n'y a pas de rapport constant entre les troubles de la fonc-

tion de l'estomac et les sensations du malade. Debove et Rémond groupent les dyspepsies en plusieurs séries, suivant qu'il y a prédominance de tel ou tel symptôme moteur, sécrétoire ou sensitif, tout en reconnaissant que les troubles moteurs, sécrétoires ou sensitifs sont le plus souvent associés.

Après l'étude des dyspepsies vient celle des gastrites aiguës et chroniques, puis celle de l'ulcère et du cancer.

Le dernier chapitre est consacré à la dilatation; les auteurs constatent que ce n'est pas une maladie, mais un symptôme commun à plusieurs affections gastriques ; ils admettent la dilatation de cause mécanique, les dilatations par atonie, à la suite de maladies générales, enfin les dilatations consécutives à la gastrite ancienne ou à l'hypersécrétion.

Quelques renseignements thérapeutiques succincts sont joints à chacun des chapitres précédemment énumérés ; le traitement chirurgical des maladies de l'estomac est exposé dans un long appendice. G. LYON.

Note sur l'anatomie pathologique de la gastrite parenchymateuse hypertrophique, par HAYEM (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 *mai* 1893).

Hayem admet chez l'homme l'existence, dans les glandes situées en dehors de la région pylorique, de deux variétés de cellules : 1° des cellules polyédriques et granuleuses dites adélomorphes ; 2° des cellules plus réfringentes situées à la périphérie des tubes glandulaires, cellules de revêtement ou bordantes, dites délomorphes; il croit que ces dernières contiennent le principe phosphoré qui intervient dans la réaction fermentative intra-stomacale; il les appelle épithélium peptique par opposition à l'épithélium pylorique (à protoplasma clair) et à l'épithélium principal (granuleux). Les altérations de la gastrite chronique portent essentiellement sur l'épithélium. Dans la gastrite hyperpeptique il y a une irritation cellulaire des glandes amenant l'hypertrophie et la multiplication de l'épithélium peptique préexistant, et l'apparition d'éléments semblables dans les points où il n'en existe pas normalement.

Dans une première période les tubes glandulaires sont notablement gonflés, d'abord au fond des culs-de-sac puis jusqu'au collet, les épithéliums deviennent plus granuleux, ils se multiplient ainsi que les noyaux intra-cellulaires. Dans la région pylorique on voit apparaître des cellules peptiques ayant la même constitution que celles de la région peptique. A cette période le tissu interstitiel est à peine atteint.

La seconde période, ou période d'état, est caractérisée par des lésions glandulaires plus accentuées avec multiplication des cellules peptiques, et les glandes de la région pylorique deviennent identiques à celles de la région peptique. Les éléments cellulaires sont alors disposés sans ordre, les tubes glandulaires semblent disloqués. Les cellules peptiques sont volumineuses, polyédriques, contiennent de 2 à 6 noyaux, et en outre, des espaces arrondis qui paraissent vacuolaires et qui, s'ils sont nombreux, donnent à la cellule un aspect poreux. Il y a en outre des amas granuleux séparant les cellules peptiques et constitués par une altération de l'épithélium principal.

La troisième phase est caractérisée par la régression progressive des

glandes; les colonnes glandulaires se laissent fragmenter et pénétrer par des travées conjonctives; la muqueuse prend un aspect aréolaire, et elle finit par s'atrophier.

A côté de ces formes typiques il y a des formes complexes, auxquelles le tissu interstitiel prend une part plus ou moins active, d'autres où les éléments indifférents restent très abondants.

Au point de vue clinique Hayem en déduit que les hyperpeptiques considérés comme des névropathes sont bien atteints de lésions gastriques accentuées. H. L.

Die Gasgährung im Magen (La fermentation gazeuse dans l'estomac), F. KUHN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 49, *p.* 107, 1892).

Dans les ectasies gastriques sans HCl, même lorsqu'il y a stagnation prolongée des masses alimentaires, les fermentations font défaut d'habitude. L'importance du dégagement gazeux dépend de la nature des aliments.

L'auteur a recherché d'abord de quelle façon ce dégagement s'effectuait *in vitro*; le phénomène s'accentue d'heure en heure et c'est pendant la 10e heure seulement qu'il atteint son maximum.

Un sujet, chez qui la sécrétion de suc gastrique est ininterrompue, ayant pris, entre 6 et 7 heures, de la viande, du pain, des pommes de terre, du riz et du lait, n'a pas encore de gaz à 7 heures. A 7 heures 30 il fournit 30 centimètres cubes et à 8 heures 30 centimètres cubes. Lorsque le même sujet ne prend que de la viande, le gaz manque absolument.

Les médicaments qui entravent le mieux la formation des gaz sont, par ordre d'efficacité, d'abord l'acide salicylique et le salicylate de soude, puis le benzoate de soude, la saccharine, l'acide phénique, la résorcine, la créosote, l'acide borique; l'eau chlorée et l'alcool sont bien inférieurs à ceux là.

Le lait favorise la production des gaz. L. GALLIARD.

Remarkable cases of gastric ulceration and their results, par Samuel WEST (*Brit. med. j.*, *p.* 731, 8 *avril* 1893).

Ce mémoire a pour but de prouver que l'ulcère de l'estomac est une affection très fréquemment méconnue et latente dans ses symptômes, jusqu'au jour où un épiphénomène soudain vient à se produire. Les observations que West présente à l'appui peuvent se résumer ainsi :

1° Ulcère gastrique chronique datant de dix-huit mois, péritonite aiguë, abcès gangréneux de l'hypocondre gauche, mort par suppuration péritonéale;

2° Ulcère gastrique chronique, péritonite suppurée généralisée, mort par pyléphlébite suppurative;

3° Ulcération chronique de l'estomac et du duodénum, perforation de ce dernier, abcès local, ouvert dans le côlon transverse;

4° Ulcère de l'estomac, perforation du côlon. R. R.

Études sur l'histologie de la gastrique chronique, par U. QUENSEL (*Nordisk med. Arkiv, XXV*, 24).

Dans 3 cas d'anémie pernicieuse Q. a constaté que le suc gastrique

ne contenait ni HCl, ni pepsine, ni présure, mais de l'acide lactique. A l'autopsie il existait des lésions de gastrite interstitielle très avancée avec atrophie considérable des glandes.

Dans 19 autres cas, la gastrite se montrait 4 fois avec un cancer de l'estomac, 5 fois avec de la phtisie, 1 fois avec de la pseudoleucémie, 2 fois avec de la néphrite chronique, etc. Dans tous ces cas le processus était le même et d'après les résultats histologiques Q. propose de distinguer une gastrite chronique interstitielle et une gastrite chronique glandulaire ou parenchymateuse. Il n'a pu observer que la première forme qui débute toujours par la couche superficielle pour s'étendre en profondeur; c'est une gastrite descendante. Au fur et à mesure de la production de la sclérose conjonctive les glandes disparaissent. A. C.

Péricardite; complication de colique hépatique, par C. ODDO (*Revue de médecine*, *p.* 829, 10 *septembre* 1893).

X..., 40 ans; plusieurs années auparavant, crise de colique hépatique. De loin en loin, douleurs lombaires, urines fortement sédimenteuses contenant des urates en grande quantité, un peu de sable. Hémorrhoïdaire.

Brusquement, crise violente de colique hépatique au milieu de la nuit. Phénomènes syncopaux.

Au bout de trois jours, l'ictère apparaît, urines foncées, selles décolorées. Fièvre. Le quatrième jour, bruit de frottement double dans la région précordiale, au niveau de la base principalement, fièvre, 39°,2 le soir. Le lendemain, le bruit de va-et-vient persiste, le choc de la pointe est difficilement senti; dyspnée, angoisse, dysphagie, sensibilité du phrénique au cou, surtout à gauche. Les jours suivants, on constata la formation d'un épanchement péricardique, accidents syncopaux répétés. Le malade succomba à l'un d'eux, 8 jours après le début de la colique hépatique. Pas d'autopsie.

Il manque à cette observation, pour être complète, la constatation des calculs biliaires et de l'angiocholite consécutive, point de départ de l'infection péricardique. Otto émet l'hypothèse que, dans ce cas, cette infection s'est faite par les lymphatiques. C. GIRAUDEAU.

De l'ictère grave hypothermique, par HANOT (*Arch. gén. de méd.*, *avril* 1893).

Il est établi actuellement que l'ictère grave est d'origine microbienne et qu'il est lié à l'évolution de divers microbes pathogènes.

Parmi les diverses formes cliniques de l'ictère grave, il en est une spéciale : c'est l'ictère grave caractérisé par l'abaissement de température (l'ictère grave hypothermique). Cette forme ne paraît pas être le résultat d'une intoxication urémique, car la symptomatologie de l'urémie et les lésions des reins font défaut.

L'auteur rapporte deux exemples de cette forme d'ictère grave. Dans les deux cas, les selles renfermaient une grande quantité de coli-bacilles.

RICHARDIÈRE.

Sur la nature de la fièvre hépatique, par F. ACCORIMBONI (*Arch. ital. di clin. med.*, *XXXII*, *p.* 208).

Après avoir résumé les travaux récents sur la nature de la fièvre hépatique, et rappelé que l'on s'accorde à la considérer aujourd'hui comme la conséquence d'une infection sanguine par divers microbes ayant en-

vahi les voies biliaires, puis la circulation générale, Accorimboni relate quelques observations personnelles qui confirment pleinement cette opinion. Chez un calculeux, au cours d'un accès intense de fièvre (la température atteignant 40°), il a pu obtenir avec le sang recueilli au niveau de la pulpe du doigt des cultures pures de staphylococcus pyogenes aureus. G. LYON.

Sur les modifications de l'appétit dans le cancer de l'estomac et du foie, par HANOT (*Mercredi méd., n° 35, p.* 417, 30 *août* 1893).

Dans le cancer de l'estomac et aussi, quoique moins souvent, dans le cancer du foie l'anorexie habituelle peut être remplacée très rarement par la boulimie, moins rarement par la conservation de l'appétit vrai moins rarement encore par un faux appétit résultant tantôt d'une véritable auto-suggestion du malheureux qui veut lutter contre l'inanition, tantôt de la persistance dans les centres nerveux d'une sensation habituelle, même après disparition du point de départ du phénomène.

LEFLAIVE.

A case of acute haemorragic pancreatitis, par W. PAUL (*Boston med. and surg. Journ.*, 4 *janvier* 1894).

Homme de 62 ans, d'apparence robuste, ayant eu 30 ans auparavant des symptômes abdominaux si graves que sa mort était attendue, lorsque après un violent vomissement d'une sorte de fluide noirâtre, mais n'ayant pas l'aspect d'une hématémèse, il guérit rapidement. Il eut dans la suite de nombreuses crises douloureuses gastro-intestinales, dont l'une terminale. A l'autopsie on trouve : appendice normal, les intestins sont librés d'adhérences et ne présentent aucun signe de péritonite. Calculs dans la vésicule. Le pancréas est mollasse, très lourd, élargi, de couleur rouge noir, l'organe est apparemment gorgé de sang. CART.

Contribution à l'étude clinique du cancer primitif du pancréas, par CHOUPIN et MOLLE (*La Loire méd.*, 15 *mars* 1893).

Cette note comprend quatre observations de cancer primitif du pancréas; deux d'entre elles sont deux nouveaux exemples du type clinique, qu'en ont tracé Bard et Pic (*R. S. M.* XXXIII, 538). Quant aux 2 autres faits, ils ont offert quelques particularités propres à rendre le diagnostic difficile.

Dans l'un, recueilli sur un homme de 52 ans, il n'existait pas de tumeur appréciable de la vésicule biliaire, le canal cholédoque étant resté perméable. Mais on notait une hypertrophie énorme du foie, due à de la cirrhose concomitante et une hypertrophie parrallèle de la rate. Les symptômes de la cirrhose masquaient ceux de l'affection pancréatique.

La dernière observation a trait à une femme de 62 ans qui, presque subitement, fut prise d'ictère très intense avec tuméfaction de la vésicule biliaire, douleurs disséminées et phénomènes divers faisant plutôt songer à l'existence d'une obstruction biliaire d'origine calculeuse qu'à un cancer du pancréas, ce que l'autopsie a révélé. OZENNE.

Variété d'entérite iliaque, par A. MAYOR (*Rev. méd. Suisse romande, XIII*, 421, *juillet* 1893).

Mayer rapporte 4 observations dans le but de montrer que dans des circonstances physiologiques analogues à celles qui appartiennent au cœcum (séjour prolongé des matières), l'S iliaque peut devenir le siège d'accidents inflammatoires en tout semblables à ceux de la typhlite et de la pérityphlite. Dans la fosse iliaque gauche, comme dans la droite, on peut observer des inflammations qui atteignent la paroi intestinale dans toute son épaisseur et qui pourraient prendre le nom de sigmoïdites. Ces inflammations peuvent se transmettre, soit par contiguité, soit par continuité lymphatique, d'un côté au péritoine (péritonites localisées ou non), d'un autre côté au tissu cellulaire de la région (phlegmon iliaque).

La sigmoïdite doit être distinguée de la dilatation gastrocolique de Trastour (*Semaine médic.*, 1887) et de la colite muco-membraneuse. J. B.

Troubles de le sensibilité chez les diabétiques, par P. VERGELY (*Gaz. hebd. de Paris, août* 1893).

De l'examen d'un certain nombre de cas de diabète avec troubles nerveux, V. conclut que les troubles de la sensibilité à la périphérie sont fréquents et qu'on voit surtout prédominer les troubles de sensibilité à la douleur et à la température, l'analgésie. On observe aussi de la thermo-dysesthésie, de la thermo-hypoesthésie, de la thermo-anesthésie et du retard dans la perception thermique.

Cette thermo-dysesthésie peut se rencontrer chez des malades qui n'ont pas d'autres troubles de la sensibilité. Dans un cas, la malade était analgésique ; elle présentait de la façon la plus nette la dissociation syringomyélique. Ce signe ne peut donc pas être regardé comme pathognomonique de la lésion du canal épendymaire. LEFLAIVE.

Albuminurie dans le diabète, par I. SALLÈS (*Thèse de Lyon*, 1893).

La fréquence de l'albuminurie oscille entre 50 et 65 0/0. Sallès reproduisant les idées de J. Teissier, distingue trois variétés cliniques : albuminurie alternante, concomitante et substitutive.

L'albuminurie alternante compte 20 0/0 des cas. Elle remplace la glycosurie pour s'effacer ensuite devant elle, et ainsi de suite. Elle est peu abondante et appartient à des diabètes légers.

L'albuminurie concomitante, beaucoup plus commune, est passagère ou continue, presque toujours d'origine dyscrasique. Elle accompagne les diabètes moyens, et, dans la moitié des cas, évolue vers la néphrite.

L'albuminurie substitutive est une véritable néphrite; c'est la plus rare des trois; la substitution est parfois brusque; le pronostic est très grave.

Aucun symptôme, en dehors des cylindres épithéliaux, ne permet d'affirmer que le rein est altéré. L'albuminurie tardive semble être une présomption en faveur de la néphrite.

Dans l'albuminurie alternante, le traitement sera dirigé contre l'état constitutionnel (goutte); de même, dans la forme concomitante, il faut proscrire le régime carné exclusif. H. L.

Des albuminuries phosphaturiques; classification et traitement, par ROBIN (*Bull. Acad. méd.*, 19 *décembre* 1893).

L'albuminurie phosphaturique, qui reconnaît comme cause prédisposante l'arthritisme et comme causes déterminantes le surmenage nerveux et la suralimentation est caractérisée par une dénutrition organique, dont l'albuminurie avec la phosphaturie constitue le syndrome urologique essentiel.

Cette albuminurie présente différentes variétés suivant qu'il y a association ou non de symptômes neurasthéniques et de lésions brightiques avec un degré plus ou moins accentué de phosphaturie et une quantité variable d'albumine. Il en découle ce principe thérapeutique que la médication devra varier et s'adapter aux différentes manifestations symptomatiques. OZENNE.

Ueber Ursachen und frühzeitige Erkennung..... (Des causes et du diagnostic hâtif des inflammations chroniques des reins), par PENZOLDT (*Münchener med. Woch.*, *n°* 42, *p.* 785, 1893).

L'action régulière, quotidienne, accumulée pour ainsi dire, de certaines causes d'irritation rénale, qu'elles coïncident ou qu'elles se combinent, peut produire une maladie chronique des reins. Ces causes sont certains aliments, tels que les asperges, le raifort, le thé, le café, la moutarde anglaise, ou encore les excès de fatigue corporelle, qui provoquent une irritation rénale caractérisé par le passage dans l'urine de globules blancs, de cellules épithéliales du rein et même de globules rouges. Dès que les premiers de ces éléments deviennent surabondants, dès qu'il y a des globules rouges, même lorsqu'il n'y a pas de cylindres dans l'urine on peut affirmer l'irritation du rein. Il faut dès lors interdire les aliments excitants, prescrire le repos et après quelques jours examiner de nouveau les sédiments urinaires. C. LUZET.

Des néphrites aiguës et chroniques, par insuffisance hépatique, par H. MOLLIÈRE (*Lyon méd.*, 24 *février* 1894).

Quand le foie est malade, l'élimination par cette voie des produits toxiques est ralentie ou supprimée ; ils passeront par le rein et détermineront des accidents d'inflammation plus ou moins graves et plus ou moins durables sur cet organe. Mollière démontre, par trois observations bien nettes de néphrites apparues au cours de lésions partielles du foie, la réalité de ce mécanisme d'infection.

Dans un cas il s'agit de cirrhose hypertrophique avec urines normales chez un homme de 56 ans. Surviennent des accès de coliques hépatiques. On voit apparaître l'albumine dans les urines et le malade succombe rapidement à des accidents d'urémie. A l'autopsie, cirrhose hépatique, néphrite aiguë, gros rein blanc au début.

Dans le second fait, c'est un cancer du foie secondaire à un cancer du sein, néphrite subaiguë, urémie. Lésions rénales à l'autopsie.

La troisième observation a trait à une cirrhose du foie sans albuminurie chez un alcoolique; un an plus tard, néphrite, tuberculose pulmonaire.

L'auteur conclut que l'apparition de néphrites aiguës et surtout chro-

niques peut être rattachée, dans certains cas, à l'absence du fonctionnement régulier du foie, par suite de lésions diverses. A. CARTAZ.

Phlegmatia alba dolens et bacille typhique dans la fièvre typhoïde, par HAUSHALTER (*Rev. méd. de l'Est*, *n°* 17, *p.* 518, 1*er* *septembre* 1893).

Une jeune fille de 21 ans meurt à la 6e semaine d'une fièvre typhoïde. A l'autopsie, on trouve des ulcérations intestinales, deux petits abcès de la rate contenant le bacille typhique à l'état de pureté, et dans la veine crurale gauche un caillot fibrineux. Ce caillot, le foie, la rate ont donné par ensemencement le seul bacille d'Eberth, qui a été retrouvé dans les parois de la veine malade. Ce fait montre que la phlegmatia alba dolens peut être la marque d'une localisation exceptionnelle du bacille typhique.

L'auteur pense que le bacille arrive à la veine crurale par l'intermédiaire des ganglions lymphatiques qui sont à son contact; le bacille atteint ceux-ci par la propagation rétrograde partant des ganglions abdominaux constamment infectés. LEFLAIVE.

Sur la fréquence des rechutes dans la fièvre typhoïde, par V.-I. PODANOWSKI (*Gaz. méd. de Botkine*, 1893).

La statistique de Podanowski est basée sur un grand nombre d'observations (1559 dont 1019 hommes et 540 femmes) recueillies pendant 9 ans dans la communauté de Saint-Georges. L'auteur ne considère comme une rechute qu'un retour de fièvre de durée d'au moins 8 jours, précédée d'une apyrexie nette, et marquée par au moins 3 des signes suivants : courbe thermométrique caractéristique, taches rosées, augmentation du foie et de la rate, troubles intestinaux. S'il n'y a que deux de ces symptômes, la rechute est considérée comme atypique. En tout, P. n'a pu recueillir que 65 cas avec rechute (39 typiques et 26 atypiques) ce qui donne une fréquence de 4,2 0/0. Dans les différentes années, cette fréquence a varié entre 2 et 6,13 0/0. Les rechutes typiques ont été plus fréquentes en hiver (29 sur 39); les rechutes atypiques n'ont pas de prédilection saisonnière. Les rechutes sont plus fréquentes chez l'homme (45 sur 65 cas); l'âge ne joue aucun rôle. Les rechutes typiques sont plus fréquentes dans les formes légère et moyenne de dothiénentérie, les rechutes atypiques sont plus fréquentes dans la forme grave. La durée des rechutes typiques a varié entre 10 et 34 jours (en moyenne 18-57 jours), celle des rechutes atypiques a varié entre 4 et 22 jours (en moyenne 7,7 jours). La rechute est d'autant plus courte que la fièvre initiale a été plus longue et que l'apyrexie a eu plus de durée. Dans 10 cas la courbe de la rechute a été plus longue que celle de la fièvre initiale; dans 2 cas il y a eu deux rechutes. La fréquence des rechutes ne dépend ni du caractère de l'épidémie, ni de sa gravité. L'auteur ne croit pas que les rechutes soient dûes à des infections secondaires, il admet une réinfection. H. FRENKEL.

Le choléra, par GALLIARD (*In*-16, *Paris*, 1893).

Excellente monographie, dans laquelle l'auteur expose complètement l'état actuel de nos connaissances sur le choléra.

Chargé pendant l'épidémie cholérique de 1892 du service des cholé-

riques à l'hopital d'isolement, Galliard a observé et mis en relief un certain nombre de faits nouveaux et intéressants, qui sont la partie originale de son livre.

Nous signalerons particulièrement les pages consacrées aux formes cliniques du choléra, à l'influence du choléra sur les maladies aiguës et spécialement sur la fièvre typhoïde.

Parmi les complications étudiées par l'auteur, la broncho-pneumonie, l'emphysème sous-cutanée, l'ictère, les suppurations, l'erysipèle, les gangrènes, la tétanie méritent une mention spéciale.

Dans le chapitre consacré au traitement Galliard fait l'exposé des innombrables médications tentées jusqu'à ce jour. Pour le choléra grave il conseille le calomel et l'acide lactique, qui ont fait leurs preuves dans les épidémies de Hambourg et de Paris en 1892. Ces médicaments sont insuffisants s'il y a tendance au collapsus et cyanose. Il convient alors de recourir aux bains chauds, à l'entéroclyse et à l'hypodermoclyse. S'il y a collapsus algide avec suppression du pouls radical, les transfusions veineuses constituent la dernière ressource. RICHARDIÈRE.

La suppuration et les gangrènes dans le choléra, par GALLIARD (*Arch. gén. de méd. mai* 1893).

Les complications du choléra sont rares. Elles ne surviennent qu'à la période de réaction. Parmi les complications, se placent les suppurations et les gangrènes.

Les suppurations qu'on peut observer ont pour siège : les poumons, les voies biliaires, les oreilles, les parotides. Des phlegmons circonscrits, des abcès, des lymphangites ont été observés comme suite d'une intervention thérapeutique (injections d'éther et de caféine.)

L'érysipèle de la face a été signalé par Coste et observé une fois par l'auteur.

Les eschares du décubitus ont été rares èt n'ont jamais atteint la gravité qu'elles ont parfois dans la fièvre typhoïde.

Les gangrènes doivent être divisées en : gangrènes non provoquées et en provoquées.

Parmi les gangrènes non provoquées, figurent la gangrène de l'intestin, la gangrène du poumon, la gangrène des extrémités. Les gangrènes provoquées sont celles qui succèdent à l'application de sangsues, aux onctions faites avec des pommades irritantes, aux vésicatoires, aux sinapismes, que l'auteur a vu déterminer des escarres superficielles.

La gangrène septique foudroyante a été la conséquence d'injections d'éther et de caféine.

La gangrène du pied a été observée par l'auteur à la suite de la transfusion intra-veineuse dans la veine saphène interne. RICHARDIÈRE.

I. — Deux cas de typhus exanthématique, par BOURCY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 *avril* 1893).

II. — Typhus exanthématique, par COMBY, ROGER, LE GENDRE, RENDU, HUCHARD (*Ibid.*, *avril* 1893).

III. — Deux cas de typhus, par COMBEMALE (*Gaz. hebd. Paris, n° 30, p.* 352, 1893).

IV. — Des efflorescences graisseuses cutanées critiques du typhus, par COMBEMALE (*Bull. méd. du Nord, n°* 16, *p.* 362).

V. — Essai sur les complications respiratoires du typhus, par JOFFRION (*Thèse de Paris, n°* 250, 1893).

VI. — Discussion sur l'épidémie de typhus (*Bull. de l'Acad. de méd., avril-mai* 1893).

VII. — Sur un diplocoque trouvé dans le typhus, par DUBIEF et BRÜHL (*Ibid.*, 19 *avril* 1893).

VIII. — Note sur l'étiologie du typhus, par CHANTEMESSE (*Soc. méd. des hôp.* 30 *juin* 1893).

IX. — Etiologie et prophylaxie du typhus, par NETTER (*Ibid.*, 7 *juillet* 1893).

X. — Le typhus exanthématique; revue générale, par CATRIN (*Gaz. des hôpit., p.* 741, 1893).

I. — Le premier malade, pris depuis le 26 mars (frissons, lassitude, anorexie, insomnie, céphalalgie) entre le 30 mars, avec une fièvre élevée (40,2), face congestionnée, conjonctives injectées; constipation; abdomen indolent, rate grosse, éruption abondante sur le tronc, le ventre et les cuisses de taches les unes ressemblant aux taches rosées lenticulaires, les autres à des piqûres de puces, d'autres papuleuses; en outre sur les membres inférieurs larges taches lie de vin. Le 1er avril, délire, carphologie. Mort dans le coma au neuvième jour. A l'autopsie: rate énorme, intestin sain; la pulpe splénique ne contenait ni colibacille, ni bacille d'Eberth.

Le second malade, entré le même jour, guérit après une chute brusque de la température, et la convalescence fut très courte. Les deux malades occupaient la même chambre et le même lit avant d'entrer à l'hôpital. H. L.

II. — Le cas de Comby fut remarquable par la trémulation générale dès le 3e jour de la maladie, l'intensité du délire, la diffusion d'une éruption morbilliforme, la chute brusque de la température au 13e jour (de 39,8 à 36,5).

D'autres cas rapportés par Roger, Richardière, Le Gendre, Rendu et Huchard, présentent les mêmes caractères. Plusieurs d'entre les malades avaient une diarrhée assez abondante (7 à 8 selles par jour).

La quinine et les bains refroidis ou froids n'ont pas amené d'abaissement sensible de la température. H. L.

III. — 1° Le premier malade de Combemale, âgé de 22 ans, atteint par le typhus depuis 8 jours, a présenté d'intéressantes oscillations thermiques. Pendant les 4 premiers jours de son séjour à l'hôpital, la température oscille entre 40° et 38,7; le 5e jour, à la suite d'agitation et de délire, le facies devient hippocratique, les yeux s'excavent, le pouls devient irrégulier (96), et on constate une température rectale de 33°,7; le soir du même jour la température est de 34°,6; elle s'élève le lendemain matin, quelques instants avant la mort, à 36°,4. Pas d'autopsie.

2° Une femme de 65 ans, atteinte de typhus, entre à l'hôpital souffrante depuis dix jours; elle présente une température de 38°,7. L'état typhique se prononce les jours suivants tandis que la température oscille entre 35°,6 et 36°,8; l'hypothermie tombe même le 9e jour du séjour à l'hôpital à 33°,2 le matin et 33°,8 le soir. La température dans les 4 jours qui suivent reste à 36° et tombe à 35°,5 quelques heures avant la mort. A l'autopsie, on trouve de la

congestion simple des lobes inférieurs du poumon ; la rate a l'aspect infectieux quoique petite (80 gr.) ; les reins sont atteints de néphrite aiguë greffée sur de la sclérose ; pas d'ulcérations des plaques de Peyer. LEFLAIVE.

IV. — Chez quatre malades atteints de typhus exanthématique grave, Combemale a vu se produire au moment de la défervescence (du 12e au 14e jour de la maladie) des efflorescences d'un blanc sale, d'aspect cristallin, s'écrasant sans crier sous le doigt et occupant les ailes du nez, le pavillon de l'oreille et la partie inférieure du front ; en même temps il a constaté que la peau exhalait une odeur cadavérique. L'examen de cette matière a montré qu'elle contenait une forte proportion de graisse et des cellules épithéliales plus ou moins altérées, mais pas d'urée.

Deux de ces malades sont morts ; et la lésion dominante, celle qui a paru avoir été la cause de la terminaison fatale, a été une néphrite aiguë.

LEFLAIVE.

V. — Les complications pulmonaires les plus fréquentes sont la congestion hypostatique et la broncho-pneumonie. La pneumonie franche, la pleurésie, la gangrène pulmonaire sont très rares. Le pronostic est particulièrement grave chez le vieillard. E. MOSNY.

VI. — D'après Dujardin-Beaumetz, l'épidémie a présenté trois foyers distincts : à Nanterre, à l'infirmerie de la Santé et dans les hôpitaux. Sur un total de 61 malades, il y a eu 21 décès. L'importation de la maladie paraît devoir être attribuée à un sujet venant de Lille. Kelsch, se plaçant au point de vue de l'origine du typhus, émet et développe cette opinion qu'il est peut-être né sur place ou plutôt que le germe morbide a pu recouvrer sa virulence sous l'influence de diverses circonstances d'ordre organique ou cosmique. Il cite à cette occasion un certain nombre de semblables épidémies survenues sur différents points du globe.

Lancereaux a observé à l'hôpital 7 cas de typhus dont il résume ainsi les caractères : turgescence du visage, éruption exanthématique généralisée au tronc et aux membres sous forme de taches de dimensions variables et d'une teinte vineuse obscure, ayant de l'analogie avec les pétéchies ; fièvre intense, pouls fréquent, diarrhée verdâtre sans vomissements, quelques signes de bronchite ; urines moins abondantes, albumineuses et contenant de l'urobiline ; désordres variés du système nerveux, parmi lesquels dominait la prostration.

Outre les moyens hygiéniques ordinaires, le traitement employé a eu pour objectif d'abaisser la température (lotions et bains froids), de diminuer la sécheresse des téguments et de relever l'état d'affaissement du système nerveux (caféine, éther, cognac, régime lacté). D'après l'auteur l'épidémie actuelle proviendrait de divers lieux de la province et peut-être de l'étranger. OZENNE.

VII. — Dubief et Brühl rapportent neuf observations de typhus exanthématique : six ont été suivies d'autopsie ; ils ont trouvé dans la rate un microorganisme très fin, qu'ils appellent diplococcus exanthematicus, mais sa rareté en rend les cultures difficiles.

Au contraire il est aisé de le recueillir dans les organes respiratoires ; ce siège du diplococcus expliquerait, suivant les auteurs, l'intensité des phénomènes respiratoires et l'extrême contagiosité que l'on observe dans la maladie. OZENNE.

VIII. — Chantemesse, rapprochant le typhus de la variole et de l'influenza, croit que comme elles, il se propage par l'approche directe des

malades, ou des vêtements et objets à leur usage. Il fait surtout jouer un rôle important à la transmission morbide par les produits de l'expectoration du typhique, et par suite à la transmission par l'air atmosphérique. Les sécrétions peuvent venir du nez, de la gorge, des bronches ou des poumons. H. L.

IX. — Netter ne croit pas que le typhus se transmette par les voies aériennes. Dans tous les cas où on peut faire une enquête prolongée et minutieuse on constate qu'il y a eu contact immédiat. Les cas intérieurs de contagion sont très fréquents chez les infirmiers et les religieuses, rares chez les malades voisins de lits. Netter admet que le contage vient soit de la peau, soit des sécrétions de l'arrière-gorge, soit sans doute du sang, et les parasites qu'hébergent les clients habituels du typhus peuvent servir d'agents de la transmission du typhus. L'antisepsie, la propreté des malades et des infirmiers priment l'isolement : la désinfection des objets est indispensable. H. L.

X. — Voici les points principaux de cette intéressante revue :

On a généralement invoqué comme cause du typhus l'encombrement, la famine, la putréfaction ; mais ce ne sont là que des causes prédisposantes qui, au même titre que l'humidité, la malpropreté, les fatigues, les dépressions morales, provoquent la misère physiologique et préparent le terrain au typhus. Ainsi s'explique la prétendue spontanéité du typhus que toutes ces causes peuvent faire éclore, sans que l'intervention de la contagion soit nécessaire : l'exaltation du virus typhique préexistant, sous ces influences diverses, s'accorde parfaitement avec les théories bactériologiques actuelles.

L'incubation, variable, est en moyenne de 8 à 19 jours.

Les symptômes éclatent en général brusquement par de l'insomnie, des frissons, de la céphalalgie, etc... Le malade est constipé. Cette constipation persiste presque toujours pendant que se déroule la période d'état caractérisée par la stupeur ou l'excitation ; la langue est sèche, fuligineuse, la rate volumineuse, la face et les conjonctives sont injectées ; l'hyperthermie est brusque, précoce, mais de courte durée ; les rémissions thermiques sont faibles. L'éruption est inconstante ; son aspect est variable ; il s'agit en général d'une éruption pétéchiale.

La marche est rapide, et la durée est de 12 à 16 jours en moyenne.

Les lésions consistent en une congestion de tous les organes internes.

La convalescence est rapide.

Le diagnostic facile en temps d'épidémie, est difficile pour les cas isolés. La contagion du typhus est généralement admise.

Les recherches bactériologiques n'ont jusqu'à présent guère donné de résultat bien satisfaisant : on a décrit des bacilles, un diplocoque, un streptobacille, et enfin un champignon du groupe des ascomicètes ou des ustilaginées.

Il n'existe pas de méthode certaine de traitement; le traitement le meilleur est l'hygiène prophylactique. E. MOSNY.

Contribution à l'étude des thyroïdites infectieuses, par JEANSELME (*Arch. de méd., juillet* 1893).

Observation d'un malade, atteint de goître, qui présenta une thyroïdite dans

le cours d'une fièvre typhoïde vers le 15e jour de la maladie. La thyroïdite eut pour effet de faire disparaître le goître. Le pus développé dans la collection thyroïdienne renfermait le bacille d'Eberth. RICHARDIÈRE.

De l'érysipèle atténué primitif, par JUHEL-RENOY et BOLOGNESI (*Arch. gén. de méd., juillet* 1893).

Dans un assez grand nombre de cas (1 fois sur 3) l'érysipèle se manifeste comme une simple maladie locale, caractérisée par l'exanthème et par des phénomènes généraux légers, faisant même parfois défaut, l'élévation de température manquant à peu près.

Dans l'érysipèle atténué primitif, l'exanthème peut être intense et occuper une large surface. Cette forme se montre, dans certains cas, sans aucun prodrome.

L'absence de l'albuminurie est absolue dans l'érysipèle atténué primitif que décrivent les auteurs. L'érysipèle atténué doit son atténuation à la nature du terrain malade ou à une diminution dans la virulence du microbe. Il ne doit pas son atténuation à des atteintes antérieures. RICHARDIÈRE.

Les pyosepticémies médicales, par G. ETIENNE (*Thèse de Nancy*, 1893).

Comparables aux pyosepticémies puerpérales et chirurgicales, elles sont déterminées par les microbes habituels de la suppuration. Ceux-ci peuvent provenir du dehors, qu'il y ait ou non une porte d'entrée, ou bien être les hôtes inoffensifs de l'organisme, devenus virulents à un moment donné; ou bien enfin leur point de départ peut être une lésion locale, ancienne, depuis longtemps restée latente.

C'est donc à la défaillance des moyens de défense de l'organisme qu'est due principalement leur action pathogène.

Ces pyosepticémies médicales peuvent être primitives ou secondaires à une infection antérieure, ou enfin mixtes, c'est-à-dire contemporaines d'une infection différente.

Elles peuvent être généralisées, sans prédominance d'une localisation quelconque, ou bien, tout en étant généralisées, se manifester de préférence par des lésions locales diverses : cardio-vasculaires (endocardites, aortites), broncho-pulmonaires nerveuses (polynévrites, myélites aiguës), lymphatiques (adénies), cutanées (érythèmes polymorphes, purpura), urinaires, hépatiques, osseuses (ostéomyélite), articulaires.

Le diagnostic est souvent difficile. Le pronostic est grave, surtout par les traces qu'elles laissent dans les divers organes. E. MOSNY.

Note sur un cas d'infection staphylococcique généralisée, par H. RENDU (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 *mars* 1893).

Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, d'une bonne santé habituelle, qui fut prise, le 20 janvier, d'un violent frisson suivi de fièvre. La fièvre persista par accès, sans détermination thoracique nette. Le 21 février, la malade avait l'aspect d'une typhique à forme ataxique, mais il y avait de l'hypothermie; dans les poumons on entendait quelques râles de bronchite, avec un peu de submatité aux bases; dès le lendemain, on trouvait les signes d'une bronchopneumonie, avec fièvre légère. Mort le 25.

Rendu avait cru à l'existence d'une grippe à forme anormale. L'autopsie montra dans le poumon droit les lésions classiques de la bronchopneumonie pseudo-lobaire et deux petits abcès gros comme des noisettes; le cœur flasque, dégénéré; rate molle. L'examen bactériologique montra que le pus des abcès pulmonaires contenait quelques rares colonies de pneumocoque et en bien plus grande quantité du staphylocoque doré; dans le poumon droit, il n'y avait que des staphylocoques; de même dans la rate; dans le poumon gauche, il y avait quelques rares pneumocoques associés à de nombreux staphylocoques. H. L.

De l'angine de poitrine symptomatique d'une affection organique du cœur, par WEBER (*Arch. gén. de méd., mars, mai, juin et août* 1893).

Deux symptômes principaux caractérisent l'angine de poitrine : la douleur et l'angoisse. La pâleur de la face fait rarement défaut. Les différentes affections cardiaques, dans lesquelles on peut observer l'angine de poitrine, sont : la péricardite aiguë et chronique ; la myocardite scléreuse, s'il existe simultanément une lésion du système vasculaire extra ou intra-cardiaque ; les anévrismes et les ruptures du cœur ; la syphilis du cœur avec lésions cardio-vasculaires ; l'insuffisance aortique d'origine artérielle ; les ruptures de l'aorte.

Toutes ces affections sont reliées par ce trait commun : qu'elles sont associées à des lésions vasculaires artérielles, sans lesquelles le syndrome angineux n'existe pas.

La seconde partie du travail de l'auteur est consacrée à la description de l'artério-sclérose, dont l'auteur montre les relations indiscutables avec l'angine de poitrine. RICHARDIÈRE.

Vorlaeufige Mittheilung über einen neuen menschlichen Parasiten, par H. MIYAKE et J. SCRIBA (*Berlin. klin. Woch.*, n° 16, *p.* 374, 17 *avril* 1893).

Japonais, âgé de 37 ans, atteint d'hématurie depuis l'âge de 25 ans ; les mictions sanglantes ne durèrent que quelques jours dans la première attaque, mais depuis elles se sont prolongées 7 mois ou davantage ; il y a en même temps fibrinurie. Dans l'urine de ce malade, Miyake a toujours constaté la présence de larves octopodes mortes des deux sexes ; d'œufs et de dépouilles tégumentaires hexapodes.

M. et S. donnent le nom de néphrophages sanguinarius à cette larve non encore décrite. C'est du dermatocopte commun qu'elle se rapproche le plus, mais elle en diffère parce qu'elle a de gros yeux parfaitement distincts.

Les mâles ont le quart de la longueur du sarcopte humain, les femelles sont presque aussi longues que celui-ci, mais les uns et les autres n'ont que le tiers de la largeur du sarcopte.

M. et S. croient que cette larve est la cause de la fibrinurie observée dans beaucoup de régions tropicales et dans le sud du Japon. J. B.

Beitrag zur Kenntniss der Taenia echinococcus, par A. MULLER (*Münch. med. Woch.*, n° 13, *p.* 241, 1893).

Il paraît exister deux formes de ténia échinocoque. L'une d'elles est caractérisée par des crochets plus gros et l'absence de boules d'œufs dans le segment terminal des individus âgés. Elle possède une grande

extension géographique et ne se rencontre à l'état jeune que sous la forme de kyste à échinocoques. La seconde forme possède des crochets plus grêles, dans le segment terminal des adultes il reste une accumulation sphérique d'œufs. Elle n'existe que dans l'Allemagne du Sud et les contrées avoisinantes. Cette variété, sous forme de cysticerque, constitue l'échinocoque multiloculaire ; peut-être, mais rarement, peut-elle aussi former l'échinocoque kystique ordinaire. C. LUZET.

Contribution à l'étude de la trichinose, par P. CERFONTAINE (*Arch. de biologie, XIII*, 1).

L'auteur ayant eu l'occasion d'étudier un rat mort de trichinose constata : 1° que des trichines adultes pénètrent dans la paroi intestinale et s'avancent jusque dans le mésentère; 2° que des trichines immigrent dans le système lymphatique : on en rencontre dans les plaques de Peyer et dans les ganglions mésentériques; 3° enfin que toutes les trichines trouvées dans les tissus sont des femelles fécondées, dont l'oviducte est bourré d'œufs en voie de développement.

Il expose alors la manière dont doit se faire, d'après ce que l'on sait, l'évolution du parasite et, se basant sur les faits qu'il a observés, trace comme il suit sous forme de conclusions les diverses phases de l'infestation :

1° Aussitôt que la viande trichinée est ingérée par un organisme approprié, les kystes sont détruits et les larves sont mises en liberté dans l'estomac. Les trichines séjournent alors un certain temps dans l'estomac ou passent immédiatement dans l'intestin grêle ;

2° Les trichines intestinales s'accroissent et l'accouplement a lieu dans la cavité digestive, à partir du second jour de l'infestation ;

3° Les mâles, après un séjour plus ou moins prolongé dans l'intestin, sont expulsés avec les matières fécales ;

4° Chez les femelles, le développement des larves commence aussitôt après la fécondation. Les œufs fécondés, à leur passage dans la poche séminale, pénètrent dans l'oviducte et se segmentent au fur et à mesure qu'ils s'avancent vers l'orifice vulvaire ;

5° La mise en liberté de l'embryon commence vers le sixième jour de l'infestation ;

6° Un certain nombre de femelles pénètrent dans la paroi intestinale et jusque dans le mésentère; d'autres peuvent rester dans la cavité digestive et y donner naissance à des embryons, si elles ne sont pas hâtivement expulsées;

7° Etant donné que toutes les trichines adultes rencontrées dans les tissus étaient des femelles fécondées, il y a lieu de croire que cette pénétration dans l'organisme est un stade normal de l'évolution de la trichine, et que l'infestation se fait normalement par les embryons provenant de ces trichines immigrées ;

8° Les femelles qui parviennent à pénétrer dans les tissus ont plus de chances d'infester l'organisme parce qu'elles et les embryons qu'elles portent ne peuvent plus être expulsés par les fèces ;

9° La présence des femelles dans les plaques de Peyer et dans les ganglions mésentériques rend probable que c'est normalement le sys-

tème lymphatique qui intervient d'abord dans la dissémination des embryons; ceux-ci passent ensuite dans les vaisseaux sanguins puis dans le tissu cellulaire après avoir traversé la paroi des capillaires;

10° Le fait de la pénétration de trichines adultes dans les tissus rend la trichinose plus grave encore qu'elle ne le serait d'après ce que l'on admettait jusqu'aujourd'hui, d'abord parce que les substances médicamenteuses ne peuvent agir sur elles; puis parce qu'elles ne peuvent plus être expulsées par les fèces; enfin parce que les irritations produites pendant cette phase de la maladie sont beaucoup plus graves qu'elles ne pourraient l'être si les trichines adultes restaient dans la cavité digestive;

11° La pénétration des trichines adultes dans les tissus rend compte de la violence des phénomènes gastro-intestinaux qui caractérisent souvent le début de la maladie. A. NICOLAS.

Trois cas d'actinomycose thoracique. Efficacité du traitement par l'iodure de potassium, par NETTER (*Société méd. des hôpitaux*, 3 *novembre* 1893).

1° Une femme de 30 ans, d'aspect chétif, entre le 28 août à l'hôpital pour une pleurésie dont le début remonte à près de 2 mois et dont l'épanchement est modérément abondant: une ponction exploratrice montre que le liquide est séro-fibrineux. Le 8 septembre la malade a pâli et on note de l'œdème du côté gauche de la poitrine, près du sein. Les jours suivants on constate, au centre de l'œdème, l'existence d'une nodosité profonde faisant corps avec la côte et grosse comme une noisette; une incision pratiquée le 13 septembre ne ramène qu'un peu de pus; le 22, la plaie présente des bourgeons grisâtres et est entourée d'une induration ligneuse; le 26, on voit sourdre deux petits corps jaunes, gros comme une pointe d'aiguille, et au microscope on trouve les renflements piriformes caractéristiques. Le 5 octobre, Netter institue le traitement par l'iodure de potassium à dose variant de 2 à 6 grammes; l'effet fut presque instantané; l'induration diminua, la sécrétion avait disparu le 26 et l'orifice était cicatrisé le 28; le 3 novembre, il n'y avait plus trace de l'épanchement et la respiration s'entend dans tout le poumon.

Dans un autre cas, il s'agissait de pleurésie purulente; le pus, outre les actinomyces, contenait des streptocoques.

Dans le dernier cas, le malade était porteur d'un gros épanchement pleural à gauche, et le liquide était séro-fibrineux; on le ponctionna, mais il se reproduisit et le malade déjà fort pâle prit une apparence cachectique et se plaignit de vives douleurs dans le côté gauche et dans le dos, avec dysphagie.

A l'autopsie, il n'y avait pas de tuberculose, mais le tissu cellulaire prévertébral, derrière le poumon gauche, était épaissi et infiltré d'un magma purulent ayant la consistance du mastic; les corps de 7 vertèbres dorsales (4e à 10e) étaient à nu; les disques intervertébraux avaient disparu et l'œsophage était perforé au niveau de la 4e vertèbre dorsale; le mastic contenait des filaments du mycélium de l'actinomycose.

Netter n'a relevé en France que 14 observations chez l'homme en dehors des cas anciens de Robin et de Lebert, portant : 12 sur la face, 1 sur la cuisse, 1 sur l'abdomen. En France aussi l'actinomycose est très rare chez les bovidés. S'inspirant des recherches de Thomassin d'Utrecht, qui a employé avec un très grand succès l'iodure de potassium en cas de glossite actinomycotique, Netter a employé ce médicament et rapporte 4 observations antérieures recueillies en Hollande et deux autres recueillies en France et en Italie. H. L.

Ueber Symmetrische Gangrän der Extremitäten....., par K. DEHIO (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, IV, p.* 15, 1893).

L'auteur a eu l'occasion d'examiner l'extrémité des doigts dans un cas de ce genre où l'amputation avait été nécessaire ; il a pu constater que l'épiderme et la couche de Malpighi n'étaient nullement modifiés ; la peau et le tissu cellulaire sous-cutané présentaient une légère infiltration inflammatoire à petites cellules surtout marquée dans les gaines lymphatiques des vaisseaux. Quant aux vaisseaux eux-mêmes, ils étaient le siège soit d'une endartérite fibreuse, soit d'une endophlébite. Les nerfs des doigts étaient également très altérés. Dehio pense que pour son cas l'origine du processus morbide doit être recherché dans la moelle, et que les lésions des vaisseaux et celles des nerfs ne sont que secondaires ; il n'admet pas, comme le veulent Pitres et Vaillard, que la maladie de Raynaud soit due à une névrite périphérique. PIERRE MARIE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

I. — Ueber Strikturen der weiblichen Urethra (Des rétrécissements de l'urètre chez la femme), par MEISELS (*Wiener med. Wochenscbr.*, n°s 12 *et* 13, 1893).

II. — Rétrécissement de l'urètre chez la femme, par GENOUVILLE (*Arch. de toc. et de gyn., avril-mai* 1893).

III. — Rétrécissement de l'urètre chez la femme, par LOUBEAU (*Arch. de toc. et de gyn., avril* 1893).

I. — Les rétrécissements de l'urètre, même serrés, ne sont pas exceptionnels chez la femme, dont le canal urétral est d'ailleurs exposé à un grand nombre de traumatismes et est le siège de polypes et de végétations. Bien des troubles réflexes, tels que l'hystérie, la nervosité, la chlorose, la dyspepsie peuvent prendre source dans une lésion de l'urètre. Aussi doit-on chez les femmes examiner l'urètre, dès que la fréquence et les douleurs de la miction sont signalés par les malades.

Une femme de 47 ans, unipare, avait été soignée pendant 7 ans par divers médecins qui avaient attribué au nervosisme les douleurs qu'elle ressentait à l'occasion de la miction. A l'endoscope on trouva dans l'urètre, à un centimètre de l'orifice, un rétrécissement cicatriciel perméable seulement pour une sonde n° 4. La dilatation progressive permit à la malade d'arriver à vider complètement sa vessie, ce qu'elle ne pouvait pas faire, et de n'uriner que toutes les deux ou trois heures.

Dans un autre cas, le rétrécissement d'origine probablement blennorragique laissait à peine passer une sonde n° 15 ; il existait de la dysurie qui disparut à la suite d'une dilatation forcée. LEFLAIVE.

II. — Les rétrécissements de l'urètre sont très rares chez la femme ; ils reconnaissent deux causes : la blennorragie et le traumatisme (dystocie). Les signes fonctionnels varient de la simple gêne de la miction

jusqu'à la rétention complète d'urine; ils surviennent plus tôt chez la femme que chez l'homme. Ils sont susceptibles, même s'ils sont peu accusés, d'entraîner les lésions de cystite et de pyélo-néphrite ascendante.

L'auteur étudie longuement le traitement et préconise, lorsque l'intervention chirurgicale s'impose, le procédé de Quénu.

La capacité anatomique de la vessie de la femme est plus faible que celle de l'homme, à l'injection d'eau sous la pression atmosphérique. La capacité physiologique est relativement à celle de l'homme dans les proportions de 3,3 à 2,3 sous une pression de 20 centimètres d'eau. La vessie de la femme est donc deux fois plus dilatable que celle de l'homme. L'épaisseur de ses parois est en effet plus faible. L'urètre est très dilatable. L'auteur admet que la dilatabilité peut aller jusqu'au triple de son calibre normal.

III. — Femme de 52 ans, ayant fait deux fausses couches et quatre accouchements à terme, souffre depuis 5 à 6 ans en urinant. On constate l'existence d'un polype urétral qui est détruit par le fer rouge. Depuis ce moment, gêne plus grande en urinant et à la suite d'un repas copieux, rétention d'urine. On constate un rétrécissement de l'urètre, empêchant tout cathétérisme, siégeant à un demi-centimètre du méat. Les bains généraux et locaux, les purgatifs ne permettent qu'une émission incomplète de l'urine. L'urétrotomie interne amène un soulagement immédiat et permet ultérieurement l'introduction régulière de bougies n° 16. L'opération fut accompagnée d'une hémorragie notable, mais la restitution du canal fut obtenue sans fièvre.

PORAK.

On the frequency of the local symptoms associated with backward displacements of the uterus, par HERMAN (*Transact. of the obst. Soc. of London, XXXV*, 1).

Travail basé sur l'examen de 407 cas. En voici les conclusions :

Les femmes atteintes de déplacement de l'utérus en arrière souffrent dans les neuf dixièmes des cas. Les reins, et surtout la région sacrée sont le siège le plus fréquent de la douleur. Les malades éprouvent souvent aussi une sensation de pesanteur, d'abaissement, et ressentent des douleurs dans les régions ovariques, surtout du côté gauche. La localisation des souffrances dans la région hypogastrique est plus rare ; il en est de même des troubles de la marche.

La défécation est douloureuse dans la moitié des cas; mais le plus souvent, il y a en même temps de la constipation et un état morbide du rectum.

La miction n'est ordinairement pas pénible, mais la vessie est irritable chez un cinquième des malades.

La leucorrhée n'est pas plus fréquente que dans les autres déplacements utérins. Les rapports sexuels sont douloureux dans un sixième des cas au moins.

CH. MAYGRIER.

Sur un signe de la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus, par PICHEVIN (*Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc., septembre* 1893).

La face postérieure de l'utérus est plus convexe que la face antérieure, elle peut être décomposée en deux plans qui se réunissent en

arrière par une crête médiane postérieure, formant un angle dièdre. Cette crête est plus ou moins nette, mais elle s'accuse par la rétroflexion. Le Dentu insiste sur cette particularité d'anatomie normale.

Dans certains cas, il est assez difficile de reconnaître la nature d'une tumeur située dans le Douglas, et on est en droit d'hésiter sur le diagnostic différentiel d'un exsudat de paramétrite postérieure et du corps de l'utérus rétroversé ou rétrofléchi.

La recherche de la crête postérieure indiquera donc la nature de la tumeur. Elle servira encore à déterminer la situation exacte de l'utérus dirigé directement en arrière ou incliné en arrière et latéralement.

PORAK.

Ein Fall von Inversio uteri in 78 Lebensjahre (Inversion utérine chez une femme de 78 ans), par SCHAUTA (*Arch. für Gyn.*, *XLIII*, 1).

Schauta décrit un cas d'inversion utérine qu'il a observé chez une femme de 78 ans, qui avait un fibrome sous-muqueux du volume d'une noix inséré au fond de l'utérus. En raison de l'âge de la patiente, il extirpa seulement la tumeur, et essaya de réduire l'utérus. Mais ne pouvant y parvenir, il dut se résoudre à enlever l'utérus ; la guérison fut complète.

Il ne croit pas que les contractions de l'utérus soient la cause de ces sortes d'inversions ; au contraire, l'utérus peut s'inverser, quand sa paroi, inerte et affaiblie, incapable de se contracter, se laisse entraîner par le poids du fibrome. Les contractions énergiques, s'il en existait, auraient pour but d'expulser la tumeur et non d'inverser l'organe.

CH. MAYGRIER.

I. — De l'entérite pseudo-membraneuse et de son rôle en gynécologie, par E. MONOD (*Ann. policl. Bordeaux, mai* 1893).

II. — Deux cas de colite pseudo-membraneuse chez les utérines, par OZENNE (*Journ. de méd. Paris*, 31 *décembre* 1893).

I. — Monod, après avoir rapporté 6 observations d'entérite pseudo-membraneuse et exposé les symptômes qui la caractérisent, formule les conclusions suivantes :

Cette entérite se rencontre assez fréquemment dans le cours des maladies de l'utérus ou de ses annexes. Elle a pour siège le gros intestin et constitue une variété de colite chronique.

Les malades qui présentent cette complication sont atteintes, d'une part, de constipation habituelle, et d'autre part, de névropathie avérée.

Coïncidant parfois avec la dysménorrée pseudo-membraneuse, cette colite paraît être, dans certains cas, sous la dépendance d'une compression exercée sur l'intestin par l'utérus en rétroflexion.

D'autres fois, il semble rationnel d'admettre une propagation à l'intestin de l'inflammation utérine ou péri-utérine. OZENNE.

II. — 1° Femme de 25 ans, névropathe et arthritique, ayant subi il y a 4 ans un curetage utérin pour des hémorragies utérines ; la malade était encore vierge à ce moment. Peu après elle se marie et dans les six mois suivants elle est prise de douleurs abdominales intermittentes avec expulsion de selles glaireuses. Pas de signes de métrite. Traitement pendant 2 ans par les eaux de Plombières, notable amélioration; mais encore actuellement on note

de temps à autre des crises douloureuses qui prennent fin avec l'expulsion par l'anus de fausses membranes rubanées.

2° Femme de 26 ans, névropathe atteinte d'endométrite consécutive à une fausse couche datant de plusieurs années. Annexes de l'utérus saines. Peu de temps après le début de la métrite, troubles digestifs caractérisés par des alternations de constipation et de diarrhée, puis apparition de douleurs dans la fosse iliaque gauche. Ces douleurs s'accentuent dans la suite; elles sont intermittentes et paroxystiques et par moments elles s'irradient vers la partie supérieure du ventre ; tantôt elles se montrent au moment des règles, tantôt dans leur intervalle et elles ne disparaissent qu'après une évacuation de l'intestin et l'expulsion de fausses membranes glaireuses ou de peaux blanchâtres enroulées sur elles-mêmes.

Le traitement de la métrite a consisté en un curetage qui a été suivi de succès et celui de la colite dans les prescriptions suivantes : régime mixte (lait et aliments de digestion facile), lavements glycérinés fréquents sans purgatifs, injection quotidienne intestinale d'une solution boriquée. Frictions sèches générales et exercice chaque jour. Amélioration assez rapide et guérison constatée au bout de six mois. O.

Endometritis, its causes and treatment, par W.-R. PRYOR (*Amer. journ. of obst., juillet* 1892).

Ce mémoire est un plaidoyer énergique en faveur du traitement de l'endométrite septique par la dilatation, le curetage et le drainage avec de la gaze. Les affections des annexes ne sont pas une contre-indication; car il est impossible de les guérir même par la laparotomie tant que la source de l'infection qui siège dans la muqueuse utérine n'est pas tarie. Ce traitement a réussi dans un grand nombre de cas compliqués de pyosalpingite ou de salpingite aiguë. CH. MAYGRIER.

Traitement chirurgical de l'endométrite cervicale glandulaire, par G. BOUILLY (*Bull. Soc. de chir., XIX, p.* 112).

L'endométrite cervicale glandulaire des nullipares est caractérisée par un écoulement abondant, tenace, d'un liquide visqueux, glaireux, plus ou moins purulent; le col utérin est généralement sténosé; les symptômes généraux sont peu importants, mais cet état du col est, le plus souvent, un obstacle à la conception.

Or, les divers procédés, lavages, cautérisations, curetages, même le hersage de Doléris, échouent le plus souvent.

Bouilly attribue ces échecs à la profondeur de l'infection glandulaire, et, d'autre part, l'opération de Schrœder lui paraît un peu compliquée pour une aussi petite lésion. Aussi se contente-t-il d'exciser sur l'une et l'autre des lèvres du col, préalablement dilaté à la laminaire, un rectangle de tissu comprenant la totalité de l'épaisseur de la muqueuse, en ayant soin, de respecter les deux extrémités transversales, pour obvier à une sténose post-opératoire; l'excision se fait au bistouri. Pas de sutures. Tamponnement à la gaze imbibée de glycérine créosotée. Soins ultérieurs ordinaires ou curetage.

L'auteur n'a eu que deux insuccès sur quarante cas, et encore s'agissait-il dans ces deux récidives, d'endométrites blennorragiques.

ARROU.

Beiträge zur Kenntniss der Cervicalsecrets..... (La sécrétion du col dans les endométrites chroniques), par WOLF (*Münch. med. Woch.*, *nos* 37 *et* 38, *p.* 693 *et* 710, 1893).

Dans le mucus tenace du col utérin de plusieurs femmes de Hambourg, Wolf a trouvé un microorganisme qui, par sa morphologie, ses cultures, se rapproche du bacille cholérique de Koch et auquel il propose de donner le nom de bacillus choleroïdes. Il s'en distingue cependant en ce que : 1° la réaction du rouge cholérique est moins franche et vire bientôt au brun ; 2° qu'il ne se forme pas de nitrites dans ses cultures; 3° que la gélatine est plus rapidement liquéfiée. Dans la plupart des cas il a trouvé des coques qui étaient des staphylocoques atténués; une seule fois il a noté le gonocoque.

C. LUZET.

Endométrite purulente sénile ou endométrite atrophiante, par Ch. PATRU (*Revue méd. Suisse romande*, *XIII*, 285, *mai* 1893).

Aucun auteur français, à part Levrat (*Province médicale*, 17 octobre 1891) ne mentionne cette métrite qui a cependant été signalée par Duncan, Barnes et décrite par Tolochinof, et surtout par Fritsch (*Handbuch der Frauenkrankheiten*).

Après en avoir rapporté trois observations, Patru en expose ainsi les caractères : maladie à marche chronique, apparaissant vers l'âge de 60 ans chez les femmes qui ont eu des enfants. Elle se traduit par des pertes purulentes plus ou moins fétides, mélangées ou non à du sang ; ces pertes sont ou continues et modérées ou intermittentes et par débâcles. Dans le pus, on trouve des microorganismes variés, des globules rouges et blancs, des cellules épithéliales desquamées, polygonales, atypiques provenant de l'utérus.

Il peut exister une légère fièvre hectique. Les douleurs sont faibles, localisées dans les reins et la région sus-pubienne. L'introduction de l'hystéromètre est douloureuse; la cavité utérine légèrement agrandie, l'orifice interne rétréci. Le teint des malades est souvent jaunâtre et ce symptôme joint à l'écoulement fétide et sanguinolent peut faire penser à une tumeur maligne.

Le vagin, sous l'effet irritant du contact de la sécrétion utérine, présente de l'inflammation qui va jusqu'à la production de membranes cloisonnantes, fragiles. Il est assez probable qu'une grande partie, sinon la totalité, des vaginites séniles adhésives et rebelles au traitement, sont secondaires à la métrite sénile purulente.

Le pronostic n'est pas inquiétant. Plus la malade avance en âge, plus l'affection tend d'elle-même à la guérison. On ne connaît pas de transformation en affection maligne. On n'a guère à craindre, en somme, que la cachexie, comme conséquence d'une suppuration chronique, ou des accidents septiques dus à la résorption des matières putrides, tels que la troisième observation semble en être un exemple.

Le meilleur traitement consiste dans la dilatation du canal cervical, le curetage, l'application d'antiseptiques énergiques sur la surface utérine

et les injections vaginales quotidiennes. D'après Fritsch, la guérison radicale est impossible. J. B.

Sur les lavages intra-utérins avec la solution saline, par M. IVANOW (*Gaz. méd. de la Russie méridionale*, 22 *juillet* 1893).

Iv. conseille de se servir pour les lavages intra-utérins après l'accouchement d'une solution de sel marin à 2 0/0. Cette solution liquéfie le mucus et emporte avec elle les lambeaux détachés de la muqueuse utérine. Ces lambeaux remplis de microbes une fois enlevés, la solution agit directement sur la muqueuse altérée dont elle augmente la résistance vitale, grâce à ses propriétés chimiotaxiques positives vis-à-vis des leucocytes. H. FRENKEL.

Vaginal ligation of a portion of the broad ligaments for uterine tumors or hemorrhage, par F.-H. MARTIN (*Americ. j. of obst.*, *avril* 1893).

Chez deux femmes atteintes de fibromes qui donnaient lieu à d'abondantes hémorragies, Martin a pratiqué la ligature des ligaments larges par la voie vaginale, et les hémorragies ont cessé. Cette opération, absolument nouvelle, est, d'après l'auteur, applicable aux faits suivants : 1° hémorragies graves du col, provenant de sa déchirure pendant le travail, ou d'une dégénérescence cancéreuse, et n'ayant pu être enrayée par les moyens ordinaires ; 2° hémorragie du corps de l'utérus dues à des fibromes, à des sarcomes, au cancer, à une endométrite hémorragique rebelle ; 3° enfin la ligature des vaisseaux contenus dans les ligaments larges arrête le développement des fibromes, qui peuvent même disparaître ultérieurement.

CH. MAYGRIER.

Zur pathologischen Anatomie der Eierstöcke (salpingo-oophoritis), par POPOFF (*Arch. f. Gyn.*, *XLIII*, 2).

Mémoire basé sur l'examen anatomo-pathologique de huit salpingo-oophorectomies pratiquées à Saint-Pétersbourg par Lebedeff. Dans tous les cas il s'agissait de lésions ovariques consécutives à une affection tubaire. Sur ses préparations, Popoff a constaté tous les stades de la salpingo-ovarite, et des altérations de l'ovaire variant depuis la dégénérescence kystique des follicules jusqu'à leur atrophie et celle du stroma de la glande. Alors même que l'ovaire paraissait macroscopiquement sain, on y trouvait déjà le début d'une ovarite [folliculaire et interstitielle. CH. MAYGRIER.

Ueber posttyphöse Eiterung in Ovarialcysten (Suppuration posttyphoïdique des kystes de l'ovaire), par R. WERTH (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 21, *p.* 489, 1893).

Le bacille de la fièvre typhoïde peut vivre longtemps dans l'organisme. On l'a trouvé, dans ce cas, sept mois après la guérison de la dothiénentérie.

Fille de 29 ans, atteinte de fièvre typhoïde vers le milieu d'octobre 1891, guérie à la fin de novembre. Le 4 juin 1892, ayant eu à se plaindre de vives douleurs et de gonflement de l'abdomen elle subit l'ovariotomie. Il y a des adhérences multiples du péritoine et de l'épiploon; en les détachant on rompt la paroi très mince du kyste; il s'en écoule un liquide d'abord séro-

purulent, puis épais, des grumeaux et des poils. L'extirpation du kyste s'effectue complètement; on extirpe également des lambeaux épiploïques. Guérison sans incident sérieux. Apyrexie.

L'examen du pus fait immédiatement après l'opération n'a pas montré de bactéries. Les cultures permettent d'affirmer la présence du bacille d'Eberth; les caractères du microorganisme observé se distinguent absolument de ceux du colibacille. Le bacille d'Eberth existe seul. L. GALLIARD.

Etude sur certaines ulcérations du museau de tanche de nature tuberculeuse, par NANARD (*Thèse de Paris*, 1893).

Les ulcérations tuberculeuses, limitées au col de l'utérus, sont rares ; elles existent ordinairement avec des lésions de même nature développées sur le corps utérin, sur les trompes ou sur le vagin. Elles n'offrent pas de caractères macroscopiques spéciaux, ce qui en rend le diagnostic difficile ; aussi l'examen bacillaire est-il nécessaire pour en reconnaître sûrement la nature. OZENNE.

Zur Technik der Vaginofixatio Uteri, par WINTER (*Centr. für Gyn.*, n° 27, 8 *juillet* 1893).

Tout en admettant comme Mackenrodt que l'idée de fixer l'utérus à la paroi antérieure du vagin pour guérir la rétroflexion est bonne, Winter critique le procédé employé par cet auteur (voy. *R. S. M.*, XLII, 567). Pour rendre plus solide la paroi vaginale, il conseille de faire préalablement la colporraphie antérieure. De plus, les sutures destinées à réunir l'utérus au vagin doivent traverser l'utérus au voisinage de son fond et le fixer aussi près que possible du méat urinaire.

Winter a eu recours à l'opération de Mackenrodt ainsi modifiée dans onze cas. Six fois, il a obtenu un résultat très satisfaisant. CH. MAYGRIER.

Ein Beitrag zur Kenntniss der Eileitersäcke (trompes), par PROCHOWNICK (*Deutsche med. Woch.*, n° 21, *p.* 492, 1893).

L'auteur a pratiqué 80 salpingectomies pour tumeurs d'origine infectieuse sur 78 malades.

45 de ces femmes avaient eu la blennorragie ; parmi elles, 10 avaient été suivies depuis l'époque de la contamination mais sans subir de traitement utérin, 19 avaient été traitées par des médicaments portés dans l'utérus, 16 avaient une autre infection associée à la blennorragie. 30 femmes avaient des salpingites d'origine puerpérale, 5 avaient eu la fièvre typhoïde, la scarlatine ou des accidents post-opératoires.

Il y a une distinction formelle à établir entre les salpingites d'après leur origine. Les salpingites puerpérales guérissent souvent spontanément ou sous l'influence de la thérapeutique médicale; les lésions sont le plus souvent bilatérales ; l'opération est difficile. Les salpingites blennorragiques guérissent rarement sans opération, demeurent souvent unilatérales et ne sont pas difficiles à opérer. D'une façon générale il ne faut pas retarder l'opération, il faut opérer de bonne heure.

L. GALLIARD.

I.— Un cas d'obstruction intestinale due à une rétroversion utérine, par CRICKX (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 *juillet* 1893).

II. — Fibrectomie, hystéropexie, néphropexie chez une même malade. Occlusion intestinale par bride ancienne; section de la bride, guérison, par GALLET (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 *juillet* 1893).

I. — Jeune femme, souffrant depuis plusieurs années de douleurs dans le côté droit du ventre avec diffusion dans les régions lombaire et hypogastrique et dans la cuisse droite. A l'examen direct on constate l'ectopie du rein droit que l'on ramène et maintient dans sa place par la néphropexie. 4 jours après l'opération apparaissent tous les symptômes d'une obstruction intestinale.

Le ventre est ouvert et l'on constate que le gros intestin et surtout le rectum sont énormément distendus par des gaz. Un tube est en vain introduit par l'anus pour en provoquer l'évacuation; on reconnaît par le toucher rectal qu'une tumeur dure appuie sur ce tube et l'empêche de pénétrer et, en soulevant cette tumeur, qui n'est autre chose que la matrice en rétroversion, on parvient à la repousser vers le haut et aussitôt la débâcle commence. L'hystéropexie est ensuite pratiquée. Mort de collapsus quatre jours après l'opération.

II. — Femme de 47 ans, atteinte depuis plusieurs années de troubles digestifs divers, de constipation opiniâtre et présentant une tumeur utérine. La laparotomie fait découvrir un fibrome sous-péritonéal que l'on enlève et un utérus en rétroversion pour laquelle on pratique l'hystéropexie; on note de plus que le rein droit se trouve dans la fosse iliaque droite; le ventre refermé on procède d'emblée à néphropexie.

Les suites immédiates de ces opérations n'offrent rien de particulier, mais le sixième jour la température s'abaisse, la malade est agitée et des vomissements fécaloïdes surviennent.

Une deuxième laparotomie est alors pratiquée et permet de constater que l'occlusion intestinale est due à la présence d'une grosse bride fibreuse siégeant au niveau de la fosse iliaque gauche. Section de la bride et guérison complète.

OZENNE.

Rupture et perforation des kystes de l'ovaire, par DUFFNER (*Thèse de Nancy*, 1893).

Duffner a étudié les ruptures des kystes de l'ovaire d'après le dépouillement de 350 observations; pour les exposer avec plus de clarté, il les divise en ruptures intra-péritonéales et ruptures extra-péritonéales.

Les premières reconnaissent un certain nombre de causes rangées en deux classes ; les ruptures traumatiques (traumatismes externes, internes, chirurgicaux) et les ruptures spontanées (par augmentation de pression intra-kystique, par altération de la paroi, par suite de complications). Ces ruptures sont caractérisées par des symptômes en général assez nets pour ne pas les méconnaître, et comme le plus souvent elles sont suivies de péritonite ou d'une généralisation au péritoine de la néoplasie ovarienne, il est indiqué de pratiquer l'ovariotomie. C'est le seul traitement qui mette réellement à l'abri de tout accident sérieux.

Comme les ruptures intra-péritonéales, celles qui se produisent en dehors du péritoine sont ordinairement faciles à diagnostiquer. La douleur et l'écoulement du contenu du liquide à la surface cutanée, dans les

voies digestives, génitales et urinaires constituent des signes qui ne peuvent faire douter.

En général ces ruptures sont spontanées et reconnaissent pour cause la suppuration du kyste ou l'altération de ses parois. Dans tous ces cas, il n'y a qu'une conduite à tenir : faire l'ovariotomie complète ou incomplète. OZENNE.

De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, par A. BOIFFIN (de Nantes) (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 568, *septembre* 1893).

La temporisation expose les femmes atteintes de kystes de l'ovaire à de graves dangers; dès qu'une tumeur de cette nature est reconnue, elle doit être enlevée.

Le début brusque d'accidents, sans cause sérieuse, chez une femme atteinte de kyste de l'ovaire, doit éveiller l'idée de torsion du pédicule.

Les accidents de cet ordre sont ordinairement violents; ils peuvent être plus ou moins rapidement mortels; l'ovariotomie doit être pratiquée d'urgence, comme dans la hernie étranglée.

Même dans les formes lentes, l'intervention doit être précoce pour ne pas laisser s'établir et se fortifier ces adhérences qui aggravent le pronostic de l'ovariotomie.

Les symptômes de péritonisme, loin d'être une contre-indication à la laparotomie, rendent cette intervention urgente, sous peine de trouver plus tard une malade déprimée par l'intensité de la douleur et par l'abondance de la perte de sang.

La ponction simple doit être proscrite, car si elle diminue passagèrement la tension abdominale et la gêne respiratoire, elle permet une nouvelle hémorragie ou de nouvelles adhérences. F. VERCHÈRE.

Concrétion pierreuse du pavillon de la trompe; laparotomie, guérison, par POLAILLON (*Bull. Acad. méd.*, 8 *août* 1893).

Jeune femme de 26 ans, souffrant depuis plusieurs années de douleurs dans la fosse iliaque droite; par la palpation abdominale on ne perçoit rien d'anormal, mais au toucher vaginal on sent, à la base du ligament large, un corps très dur, bosselé et de la grosseur d'une noix. Ce corps, ainsi que l'a indiqué la laparotomie, était une concrétion pierreuse renfermée dans le pavillon de la trompe; elle pesait 5 grammes et était formée d'une couche périphérique analogue à du tissu fibreux adulte et d'une couche centrale calcaire. Comme l'ovaire n'a pu être retrouvé il est probable que cette concrétion n'était autre chose que cet organe sclérosé et devenu calcaire. OZENNE.

Un cas de guérison spontanée de fistule vésico-vaginale à la suite d'un accouchement, par Ch. PATRU (*Rev. méd. Suisse romande, XIII*, 267, *avril* 1893).

Femme de 35 ans, accouchée pour la première fois, il y a deux ans.

Diamètre sacro-pubien raccourci de 1 1/2 à 2 centimètres. Après des applications infructueuses de forceps, perforation du crâne.

Production d'une fistule vésico-vaginale, placée au fond du cul-de-sac antérieur, tout près du col qui n'est plus représenté que par quelques saillies dures et du tissu cicatriciel.

Dans le 2e accouchement, l'enfant est en première position du sommet. Au

spéculum, on aperçoit 2 petits orifices au fond du vagin : l'un représente l'ouverture du col, l'autre la fistule.

Après 8 jours de douleurs préparatoires, surviennent des contractions énergiques, sans qu'il soit possible, au toucher, de percevoir aucune dilatation.

Le 2e jour, l'utérus est tendu d'une façon inquiétante : incision du col rigide, version podalique, perforation du crâne, atonie utérine, délivrance artificielle. Cystite purulente consécutive.

18 jours après l'accouchement, la femme remarque qu'étant debout elle ne perd plus son urine. Émission de calculs pendant plusieurs mois.

15 mois plus tard, la guérison de la fistule s'est maintenue et l'on n'aperçoit plus son orifice. J. B.

Ueber den Einfluss des Salipyrins bei Gebärmutterblutungen (Salipyrine dans les hémorragies utérines), par H. KAYSER (*Deutsche med. Wochens.*, *n°* 43, *p.* 1040, 1893).

L'auteur conseille d'administrer la salipyrine à la dose de 3 grammes par jour, en 3 prises, pour combattre les hémorragies utérines, quelle qu'en soit l'origine. Dans la ménorragie, on prescrira le médicament la veille du début présumé des menstrues.

Sur 16 cas observés par l'auteur, la salipyrine a échoué 4 fois. Un des 4 insuccès se rapporte à une fille de 24 ans atteinte de myome utérin avec endométrite myomateuse et qui prit la salipyrine pendant 5 jours ; après 2 jours d'interruption l'hémorragie se produisit mais la malade échappa à l'observation.

12 fois le médicament a réussi. Chez 2 malades le diagnostic était impossible. Les 10 autres étaient atteintes d'endométrite, de myomes, de périmétrite, ou de lésion des annexes. L'âge de ces malades variait de 29 à 48 ans. Dans tous les cas, les menstrues sont redevenues normales au point de vue de la durée et de l'intensité ; les douleurs n'ont pas été atténuées.

C'est surtout chez les femmes approchant de la ménopause que la salipyrine paraît efficace. Le médicament ne détermine pas de malaise ; les bourdonnements d'oreilles accusés par quelques malades pouvaient être attribués à l'anémie. L. GALLIARD.

Traitement des fibromes utérins par l'électricité, par LABADIE-LAGRAVE et RÉGNIER (*Arch. de méd., septembre* 1893).

Le traitement électrique des fibromes doit être appliqué, toutes les fois qu'un fibrome accompagné ou non d'hémorragies coexiste avec des annexes saines. Quand le fibrome ne s'accompagne pas d'hémorragie, on doit préférer les applications intra-utérines négatives, dont l'action résolutive est plus énergique. En cas d'hémorragie, le traitement électrique est préférable aux opérations palliatives (curetage, castration). En cas de douleurs, causées par la compression, les applications de courants continus descendants amènent la sédation en provoquant la diminution de la tumeur.

Le traitement électrique est contre-indiqué dans les fibromes accompagnés de lésions kystiques (suppuration sanguine des annexes), dans

ceux qui s'accompagnent d'hydrorrée, lorsque la tumeur pédiculée est tout entière enclavée dans la cavité utérine. RICHARDIÈRE.

On the absorption of fibroid tumours of the uterus....., par A. DORAN (*Transact. of the obst. Soc. of London, XXXV*, 3).

A. Doran rapporte l'observation d'une femme atteinte de fibrome utérin, chez laquelle il observa, à la suite de phénomènes inflammatoires du côté de la tumeur et d'un écoulement fétide par le vagin, la disparition du fibrome.

Des faits analogues ont été signalés, et l'auteur a pu réunir 37 cas de disparition complète ou incomplète des tumeurs fibreuses. Ces cas se répartissent ainsi : 13 fois le fibrome était lié à une grossesse, et disparut plus ou moins longtemps après l'accouchement ; 6 fois, chez des femmes au-dessous de 45 ans, la disparition se fit après des complications inflammatoires ; 10 fois, chez des malades du même âge, l'absorption eut lieu en dehors de toute grossesse et de toute lésion inflammatoire ; 8 fois enfin, les femmes avaient dépassé 45 ans, et la tumeur disparut spontanément. CH. MAYGRIER.

The technique of total extirpation of the fibromatous uterus, par G.-M. EDEBOHLS (*Amer. j. of the obst.*, *novembre* 1893).

Dans les cas de fibromes de l'utérus où il est indiqué de faire l'ablation totale de l'organe, Edebohls indique la technique suivante :

La femme est d'abord placée dans la position de la lithotomie ; le vagin est désinfecté, l'utérus cureté et irrigué avec une solution de sublimé à 1 p. 2000. On tamponne les cavités vaginale et utérine avec de la gaze antiseptique. On donne alors à la malade la situation de Trendelenburg, et on incise la paroi abdominale dans une étendue suffisante pour le passage de la tumeur.

Quand les annexes sont saines et que l'utérus fibromateux n'a pas un poids supérieur à 4 kilogrammes, on attire la masse entière hors du ventre. Le péritoine est incisé sur la face antérieure de l'utérus, transversalement, d'un ligament large à l'autre, et à une distance de 3 centimètres du cul-de-sac vésico-utérin. Une incision semblable est pratiquée sur la face postérieure : les deux lambeaux séreux ainsi obtenus sont décollés et repoussés en bas ; avec l'antérieur, on éloigne la vessie et les uretères qu'on met ainsi à l'abri de toute lésion. Puis on procède aux ligatures des artères utérines d'abord, des ligaments larges ensuite ; ces derniers sont liés en deux points : un catgut est serré autour du ligament rond, un autre autour de l'artère utéro-ovarienne.

La section de l'utérus et des annexes est alors facile et se fait sans perte de sang. Après l'ablation totale, on rapproche les deux lambeaux péritonéaux, et on les réunit par la suture de Lembert. La cavité péritonéale se trouve ainsi complètement fermée du côté du vagin. On nettoie le péritoine et on referme l'abdomen.

Les avantages de ce procédé opératoire sont les suivants : On n'a pas à craindre l'infection de l'utérus et du vagin. Les artères utérines sont faciles à lier. Aucune hémorragie n'est à craindre. Les uretères sont

aussi peu que possible exposés à être lésés. La cavité péritonéale est close, et aucun corps étranger ne peut y pénétrer. Le traitement consécutif est à peu près nul.

L'auteur a fait 4 opérations de ce genre avec succès. Une des femmes a succombé; mais sa mort a été le fait d'accidents cardiaques antérieurs à l'intervention. CH. MAYGRIER.

Ueber abdominale Myomoperationen mit besonderer Berücksichtigung der Totalexstirpation des Uterus wegen Myom (Des opérations abdominales et particulièrement de l'ablation totale de l'utérus dans les cas de myome), par K.-G. LENNANDER (*Centralbl. f. Gyn.*, n° 36, 9 *septembre* 1893).

Exposé des opérations pratiquées à la clinique d'Upsala pendant les 4 dernières annés.

Il y a eu 6 ablations de myomes sous-séreux pédiculés; dans 1 cas la tumeur pesait 28 kilogrammes; 2 fois, il s'agissait de myomes intraligamentaires qui furent énucléés et dont on fit suivre l'extirpation de la suture du péritoine. Dans une autre observation, la femme avait à la fois un myome et une hématomètre par oblitération du col; on dut enlever l'utérus et ses annexes. Une péritonite purulente, causée par une pérityphlite demeurée inaperçue, enleva la malade ; c'est le seul cas de mort observé.

L'amputation supra-vaginale a été faite 6 fois; le pédicule fut traité par la méthode extra-péritonéale.

6 castrations ont été pratiquées pour des tumeurs petites et interstitielles. Le résultat a été la diminution des fibromes et la cessation des hémorragies.

Il y a eu 6 hystérectomies abdominales, faites suivant la méthode de Chrobak.

Dans toutes ces opérations, les malades ont été placées dans la position de Trendelenburg. Le traitement de la plaie a été parfaitement aseptique. Les ligatures ont été faites avec du catgut stérilisé.

CH. MAYGRIER.

Ueber die vom Oberflächenepithel ausgehenden Carcinomformen des Uteruskörpers (Des diverses formes d'épithélioma du corps de l'utérus), par GEBHARD (*Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, *XXIV*, 1).

A propos d'une observation de Piering, dans laquelle un épithélioma pavimenteux développé primitivement dans le corps de l'utérus s'était étendu à toute la muqueuse de cet organe et avait ensuite envahi le col, Gebhard fait remarquer la rareté de la transformation de l'épithélium cylindrique en pavimenteux.

Il distingue plusieurs cas. Dans les uns, c'est consécutivement à une inflammation chronique que l'épithélium cylindrique devient pavimenteux, stratifié; mais l'affection reste superficielle et bénigne; c'est à cette variété que répond l'ichtyose utérine de Zeller. Dans d'autres cas, la même transformation épithéliale a lieu dans le corps et au voisinage du col, mais avec tendance à envoyer des prolongements dans la profondeur, sans envahir les glandes; il s'agit alors d'un carcinome qui a eu son point de départ dans l'épithélium superficiel. CH. MAYGRIER.

Ein Adenocarcinom des Corpus Uteri, par R. LANDERER (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XXV*, 1).

Il s'agit d'une femme de 48 ans chez laquelle des hémorragies répétées firent établir le diagnostic de fibrome interstitiel avec endométrite. Le curetage permit de constater l'existence d'une endométrite glandulaire hypertrophique. Malgré l'intervention, les hémorragies reparurent bientôt, et on dut de nouveau cureter et cautériser la cavité utérine. On ne constata encore cette fois dans les débris de muqueuse enlevée que de l'épithélium glandulaire polymorphe et on n'eut aucun soupçon d'une tumeur maligne. Les pertes se renouvelèrent pourtant et l'hystérectomie fut pratiquée.

En examinant la paroi utérine, on y reconnut nettement les lésions de l'adéno-carcinome. Les glandes étaient considérablement hypertrophiées, et séparées par une infiltration de petites cellules; les faisceaux musculaires étaient comprimés et atrophiés par ce processus. Les culs-de sac glandulaires étaient remplis par un épithélium en partie cubique, en partie polymorphe, disposé sur plusieurs couches.

Landerer admet avec Hofmeier que quand le cancer de l'utérus a son point de départ dans les glandes, celles-ci s'hypertrophient considérablement et que l'épithélium devient cylindrique polymorphe. Il n'a pas observé, comme Abel et Landau, de prolifération de l'épithélium glandulaire dans le tissu interstitiel.

Le carcinome pouvant se développer consécutivement à une lésion bénigne de la muqueuse, il en résulte que l'endométrite glandulaire, surtout à un âge avancé, et quand elle récidive, doit être surveillée avec un soin tout particulier. CH. MAYGRIER.

Ueber chorio-deciduale Tumoren malignen Charakters, par KŒTTNITZ (*Deutsche med. Woch., n° 21, p.* 497, 1893).

Ce cas est avec ceux de Gottschalk (*R. S. M.*, XLII, 197) et de Löhlein, le seul cas de déciduome malin diagnostiqué pendant la vie.

Femme de 25 ans, grosse pour la troisième fois, accouche normalement le 25 juillet; délivrance spontanée. Les hémorragies augmentant pendant quatre semaines au lieu de disparaître, l'auteur appelé, le 27 août, constate sur la paroi postérieure du fond de l'utérus une tumeur qui simule un polype placentaire; il l'extirpe à l'aide du doigt et de la curette et dès lors le sang s'arrête pendant 15 jours.

Le 14 septembre, nouvelle hémorragie résistant au seigle ergoté. Le 18, le tamponnement est nécessaire.

Le 19, l'auteur enlève les tampons; il trouve d'abord dans le vagin deux nodules ressemblant à des paquets variqueux; il les extirpe. Deux jours après, nouvelle métrorragie. L'auteur trouve sur la paroi postérieure de l'utérus une tumeur grosse comme une noix, qu'il extirpe; tamponnement à la gaze iodoformée.

Le sang cesse de couler mais depuis ce moment il y a de la fièvre, des frissons.

Bientôt de nouveaux nodules se développent dans le vagin; un d'eux s'ouvre le 5 octobre.

La cachexie progresse; mort le 10 octobre.

On a diagnostiqué d'abord un polype placentaire simple, puis un polype placentaire destructeur, compliqué de phlébite utérine et de pyémie.

Autopsie. — L'utérus a 14 centimètres de longueur. A l'angle supérieur gauche, sous la séreuse, existe une tumeur rougâtre de la dimension d'un

noyau de cerise; une autre fait saillie en arrière, une troisième à la surface interne. Le fond de l'utérus est occupé par une masse molle, épaisse d'un centimètre environ, de coloration gris sale. A ce niveau la paroi de l'utérus est réduite d'un tiers; elle ne mesure qu'un demi-centimètre d'épaisseur, tandis que partout ailleurs elle a plus d'un centimètre et demi. A la coupe, cette tumeur a une apparence spongieuse; on constate que son volume est celui d'un œuf de pigeon. Les nodules, isolés en apparence, unis à la tumeur, en réalité, par de fins tractus, ont une texture analogue.

La structure de la tumeur est très compliquée : on reconnait nettement que les éléments déciduo-placentaires participent à sa formation.

Il y a dans le poumon plusieurs infarctus hémorragiques au centre desquels on trouve des nodules microscopiques constitués comme ceux de la tumeur utérine : ce sont des métastases pulmonaires.

L'étude de ce fait et des observations publiées jusqu'ici montre que, après l'accouchement ou après l'avortement, on peut voir surgir des tumeurs molles siègeant au fond de l'utérus et sur les parois de l'organe. Ces tumeurs sont susceptibles de détruire la paroi utérine et d'en provoquer la perforation; elles peuvent, en outre, donner naissance à des métastases pulmonaires et se compliquer de pyémie. Ce sont des déciduomes malins. Il n'y a qu'une seule façon de traiter cette maladie, c'est d'extirper l'utérus en totalité, comme l'a fait Gottschalk.

L. GALLIARD.

Demonstration von metastatischen Sarcomen bei primaeren Sarcoma-Chorion, par GOTTSCHALK (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 17, *p.* 407, 24 *avril* 1893).

Suite de l'observation de sarcome du chorion ou déciduome malin pour lequel Gottschalk (*R. S. M.*, XLII, 197), avait pratiqué l'ablation totale de l'utérus et annexes. La malade mourut 7 mois après l'opération, au milieu d'accidents cérébraux; malheureusement, on ne put ouvrir le crâne. Le lobe inférieur du poumon droit a contracté des adhérences presque fibreuses avec la cage thoracique et renferme à ce niveau une tumeur plus grosse qu'une pomme; les lobes moyen et supérieur contiennent des tumeurs plus petites. Le poumon gauche renferme aussi quelques petits noyaux. La rate, hypertrophiée, contient dans son tiers inférieur un noyau. L'hypocondre droit est occupé par une tumeur ayant le volume d'une tête de nouveau-né, lâchement reliée par de frêles adhérences aux intestins voisins, et dépendant du rein qui a conservé sa forme et est seulement épaissi; capsule surrénale infiltrée de sang. Sur la coupe, la grosse tumeur se révèle composée de deux choses distinctes. A la partie supérieure, se voit une tumeur un peu bosselée, mais en somme sphérique, et ayant les dimensions d'une grosse pomme. Comme les tumeurs des poumons et de la rate, elle est constituée en majeure partie par une masse spongieuse de couleur rouge gris et jaune rougeâtre, avec par places une charpente fibreuse ressemblant beaucoup à celle du placenta; une grande quantité de sang infiltré masque complètement par endroits la structure de cette tumeur. Le reste de la grosse tumeur, c'est-à-dire sa portion principale, est formé par un caillot sanguin, assez ferme, situé entre le rein et sa capsule. Rein gauche sain. Tous les ganglions lymphatiques du corps sont normaux, ainsi que le rectum et la vessie. J. B.

Essai sur le cancer de l'isthme de l'utérus, par KAMINER (*Thèse de Paris*, 1893).

Travail consacré à la description, d'après deux observations, d'une forme particulière de cancer de l'utérus; le cancer de l'isthme. Au point

de vue histologique, c'est un épithélioma cylindrique limité, au début, à cette région et pouvant envahir plus tard le corps et le col de l'utérus. Par ses symptômes initiaux il diffère des deux autres variétés en ce que son début, sans phénomènes prémonitoires pouvant faire soupçonner l'affection, est accompagné de douleurs expulsives intenses et croissant graduellement ; à ces douleurs succède l'évacuation d'une masse glaireuse fétide et abondante. Puis le calme reparaît jusqu'à de nouvelles crises semblables, qui reviennent périodiquement. L'hystérectomie vaginale est la seule intervention à lui opposer de bonne heure. OZENNE.

Du cancer primitif du corps de l'utérus; diagnostic précoce; traitement curatif, par BISCH (*Thèse de Lyon*, 1892).

A part les cas de cancer précoce ou de transformation cancéreuse des métrites glandulaires ou hémorragiques, l'affection se montre primitivement dans le corps le plus souvent après la ménopause. L'hémorragie constitue l'un des premiers symptômes, qui alterne avec des écoulements de nature variable (séro-purulent, blanc jaunâtre, rosé).

La douleur ne se rencontre, au début, que dans la moitié des cas ; fréquemment elle offre ce caractère particulier d'être paroxystique et de revenir à des heures régulières.

L'examen local permet de reconnaître que le col est intact et que le corps est volumineux ; quant aux autres moyens d'exploration, hystérométrie, curetage après dilatation, ils ne peuvent être utiles que, si une métrite préexistant, on a des raisons de douter de l'existence d'une tumeur maligne.

L'utilité d'un diagnostic précoce s'impose, car c'est dans ces conditions qu'une intervention est réellement indiquée. Cette intervention devra consister en une hystérectomie vaginale, qui est, dans l'espèce, une opération peu dangereuse, et qui peut être suivie de longues années de survie. Les résultats seront d'autant meilleurs que l'extirpation aura été faite d'une façon hâtive et radicale. OZENNE.

Eine neue Methode der Gebärmutterextirpation (Nouvelle méthode d'hystérectomie), par Karl SCHUCHARDT (*Centralbl. f. Chir., n°* 51, 1893).

L'hystérectomie vaginale, dans le cancer de l'utérus, n'a en somme que des indications limitées, puisqu'elle doit être abandonnée dès que le ligament large présente la moindre infiltration. D'autre part l'extirpation de l'utérus par la voie sacrée est encore une opération d'une gravité extrême. Schuchardt pense avoir trouvé un moyen terme qui permettrait d'extraire commodément l'utérus, alors même que les ligaments larges sont infiltrés et qui ne nécessite ni opération osseuse préliminaire, ni section des ligaments sacro-sciatiques, voir même du releveur de l'anus. La malade est placée dans la position de la taille avec le bassin très élevé. On pratique une incision antéro-postérieure légèrement courbe à convexité externe, débutant au niveau de l'union du tiers supérieur et du tiers inférieur de la peau de la lèvre qui correspond au ligament infiltré, se dirigeant en arrière et se terminant au sacrum en passant à deux travers de doigt en dehors de l'orifice anal. On pénètre profondément

dans le creux ischio-rectal, en respectant le releveur de l'anus, le rectum et les ligaments sacro-sciatiques. On aborde, au fond de l'entonnoir ainsi formé, la face latérale du vagin que l'on incise largement jusqu'à son insertion sur le col. On obtient ainsi un accès facile à l'utérus et au ligament large correspondant, et l'extirpation de ces deux organes se fait très commodément. Schuchardt a utilisé ce procédé avec plein succès dans un cas de cancer de l'utérus qui avait infiltré le ligament large du côté gauche. REBLAUB.

Ueber die sacrale Methode der Ausrottung des Gebarmutterkrebses (De la méthode sacrée pour l'extirpation des cancers de l'utérus), par STEINTHAL (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLVI*, 2, 1893).

Steinthal vient plaider en faveur de la voie sacrée pour l'extirpation des cancers de l'utérus. Il apporte trois nouvelles observations, dans lesquelles l'hystérectomie vaginale était inapplicable, et où l'hystérectomie par la voie sacrée a donné trois succès complets. L'auteur trouve à cette méthode plusieurs avantages sérieux : elle ouvre une large voie qui facilite l'accès à l'organe malade et permet une inspection facile des deux ligaments larges. Point de danger avec elle de laisser inaperçu quelque noyau cancéreux haut situé dans les ligaments. L'opération peut être pratiquée avec tous les soins de propreté nécessaires, et, pour éviter toute infection, l'auteur recommande de ne pas ouvrir d'emblée le cul-de-sac vaginal, comme le fait par exemple Schede, mais de réserver cette ouverture pour le temps final de l'opération. L'opération par la voie sacrée rencontre encore deux objections : la gravité opératoire et la longue durée nécessaire pour la guérison de la brèche préliminaire. A cela Steinthal répond que la mortalité opératoire diminue de plus en plus à mesure que les chirurgiens possèdent mieux la technique ; témoin les dernières séries publiées par Czerny, Herzfeld et Müller, dans lesquelles la mortalité opératoire est nulle. Quant à la durée de la guérison, on pourrait la diminuer selon l'auteur, en bourrant la plaie de gaze iodoformée que l'on drainerait non dans la région sacrée, qui serait au contraire fermée par des sutures en étages, mais du côté du vagin laissé largement ouvert. REBLAUB.

Thérapeutique obstétricale, par AUVARD (*Paris*, 1893).

C'est un ouvrage court, dépassant à peine 200 pages, développant son sujet sous la forme alphabétique du dictionnaire. L'exposition en est consise et claire, facilitée par de nombreuses figures schématiques. On n'y trouve ni discussion, ni bibliographie, mais l'affirmation des idées très originales de l'auteur, qui y préconise ses instruments et y défend ses opinions. Cet ouvrage s'écarte sur beaucoup de points très importants des conseils donnés dans les ouvrages classiques. A ce titre, il est très intéressant surtout pour le spécialiste. De petit volume, il est portatif ; comme aide-mémoire, c'est le vade-mecum du praticien, qui peut y trouver le renseignement qu'il a besoin de trouver rapidement. PORAK.

Précis de médecine opératoire obstétricale, par RÉMY (*Paris*, 1893).

Après avoir, avec le meilleur à-propos, consacré la première partie de son travail à l'antisepsie obstétricale, l'auteur a suivi un plan clinique de la médecine opératoire obstétricale. Il a divisé son livre en deux parties. Dans la première, il étudie l'extraction d'un enfant par les voies naturelles (sommet, face, siège, épaule); — par les voies naturelles agrandies (symphyséotomie); — par la voie abdominale (opération césarienne). Dans la deuxième partie, il s'occupe de l'extraction de l'enfant mort (embryotomie). De ce plan se trouvent donc exclues les opérations que nécessitent l'accouchement prématuré artificiel, l'avortement provoqué, la délivrance, l'avortement. Les considérations rapportées par l'auteur sont claires, mais dépourvues d'historique, de bibliographie et de critique. Les indications de l'emploi du forceps classique et du forceps à traction axile, de la rotation du forceps dans les présentations de la face, du basiotribe jouant le rôle de cranioclaste, etc., sont très sommairement indiquées.

PORAK.

Schwangerschaft mit chronischen Herzkrankheit (Accidents gravidocardiaques) par LEYDEN (*Zeitschr. für klin. Med., XXIII, p.* 1-26).

Voici les conclusions de l'étude de Leyden. Les femmes atteintes d'affection cardiaque deviennent aussi fréquemment et facilement enceintes que les autres. Les fausses couches sont chez elles fréquentes. La grossesse produit toujours une aggravation plus ou moins forte, plus ou moins persistante de l'affection cardiaque. Dans les formes graves la mortalité atteint 40 0/0. Rare au cours de la grossesse, la mort est fréquente pendant l'accouchement et surtout après. Les lésions cardiaques suivies le plus souvent d'accidents gravidiques mortels sont les lésions mitrales et en particulier le rétrécissement. La cause de la mort est ordinairement l'œdème pulmonaire et le collapsus du cœur. Même en cas d'accidents moins graves la convalescence après la grossesse est toujours longue, la faiblesse extrême, la compensation très lente à être rétablie. Le mariage doit donc être déconseillé aux jeunes filles cardiaques. Quand au cours de la grossesse, les troubles de compensation sont trop menaçants, il est indiqué de provoquer une délivrance prématurée artificielle. Les résultats de cette mesure seront d'autant meilleurs qu'elle sera prise plus tôt. L'emploi du chloroforme manié prudemment est possible au cours d'intervention en cas d'accidents gravidocardiaques; la faiblesse extrême est la contre-indication principale à cet emploi.

A. F. PLICQUE.

D'un mode de réduction de l'utérus gravide en rétroversion complétée par l'application d'un pessaire approprié, par LEVRAT (*Mercredi méd.*, 26 *juillet* 1893).

Ce mode de réduction de l'utérus gravide, imaginé par Laroyenne, comprend deux temps. Dans le premier, la main, introduite dans le vagin, s'insinue entre les parois du bassin et l'utérus jusqu'au promontoire, sans exercer de pression sur le corps utérin; c'est en suivant par un mouvement contourné les parois latérales du bassin que l'on atteindra le plus sûrement l'angle sacro-vertébral.

Lorsque la main est ainsi arrivée au but proposé, l'utérus, en général, se trouve avoir été en quelque sorte énucléé de l'excavation pelvienne et remis en place dans la grande cavité abdominale. Mais souvent la réduction est incomplète; c'est alors que le deuxième temps a de l'importance. Ce deuxième temps consiste dans la pose d'un pessaire, anneau de Hodge, par exemple, dont l'arc postérieur doit être très large. Pour que ce pessaire atteigne le but que l'on se propose, il doit remplir une condition essentielle : son arc postérieur, et c'est une des raisons pour lesquelles on l'a fait si large, ne doit presser en aucun point sur l'utérus; il doit se trouver situé tout entier dans la gouttière qu'a creusée la main de l'opérateur entre le sacrum et le corps utérin. Dans ces conditions, la réduction de la rétroversion est absolument complète. OZENNE.

Zur Frage über inneren Blutung während der Schwangerschaft (Hémorragie interne pendant la grossesse), par SUTUGIN (*Zeitschr. für Geb. und Gyn. XXIV*, 2).

Une multipare, arrivée à la fin de sa grossesse, tombe sur le côté gauche dans un escalier; elle ne ressent tout d'abord qu'un peu de faiblesse; mais, trois jours après, elle est prise de douleurs épigastriques, de syncopes, d'oppression. Elle présente alors tous les signes d'une hémorragie interne dont la cause échappe. L'utérus se contracte bien au palper. Toutefois les battements fœtaux ne sont plus perceptibles. Mort subite le jour suivant.

A l'autopsie, on trouva un énorme épanchement de sang dans l'abdomen: de gros caillots recouvrent le petit épiploon, et une grande quantité de sang est infiltrée entre les feuillets du mésocôlon et dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. La source de l'hémorragie a dû être dans la rupture d'un vaisseau du mésocôlon. CH. MAYGRIER.

Sur les changements de forme de la cage thoracique, sur la force d'inspiration et d'expiration et sur la capacité vitale des poumons pendant la grossesse et après l'accouchement, par M. K. JURAKOWSKI (*Thèse de St-Pétersbourg*, 1893, *et Vratch*, n° 13, 1893).

Les changements de forme de la cage thoracique portent sur le périmètre supérieur et sur le périmètre inférieur, mais moins et plus rarement sur le premier que sur le dernier. Le périmètre supérieur est augmenté surtout chez les femmes jeunes et chez les primipares; le périmètre inférieur, chez les femmes plus âgées et chez les pluripares.

Les excursions thoraciques sont moins grandes pendant la grossesse qu'après l'accouchement; elles sont moins grandes dans les parties supérieures du thorax, chez les primipares; dans les parties inférieures chez les pluripares. L'âge ne paraît pas avoir d'influence sur les excursions thoraciques.

Les diamètres antéro-postérieurs sont agrandis pendant la grossesse; le diamètre supérieur, moins et plus rarement que le diamètre inférieur. L'âge et le nombre des couches n'ont que peu d'influence sur les dimensions de ces diamètres.

Les diamètres transversaux sont également augmentés pendant la grossesse, mais le diamètre transversal supérieur n'est pas toujours agrandi et seulement chez les primipares; quand au diamètre transversal inférieur, il

est toujours agrandi, beaucoup plus que le supérieur, et davantage chez les multipares que chez les primipares.

Les diamètres longitudinaux sont le plus souvent plus courts pendant la grossesse qu'après les couches, surtout chez les personnes jeunes.

L'angle formé par les fausses côtes inférieures a été agrandi pendant la grossesse dans 5 cas sur 6.

La force d'inspiration n'est pas toujours (Waldenburg), mais seulement le plus souvent, plus grande que la force d'expiration, pendant la grossesse.

La capacité vitale des poumons pendant la grossesse est dans 66 0/0 des cas plus faible que le 9-12e jour après les couches, en moyenne de 150 centimètres cubes. Cette diminution est plus fréquente chez les primipares que chez les multipares. L'âge ne joue ici qu'un rôle insignifiant.

H. FRENKEL.

Kyste de l'ovaire et grossesse; quand faut-il intervenir? par R. CONDAMIN (*Lyon méd.*, 28 *janvier* 1894).

C. publie 2 cas de kyste de l'ovaire avec grossesse où l'on dut intervenir. Dans le premier cas, la malade présenta pendant l'accouchement une tendance aux syncopes et aux lipothymies ; à la suite de l'accouchement survint une torsion du pédicule.

Dans le second cas, le volume de la tumeur, des accidents de dyspnée nécessitèrent l'intervention au cours de la grossesse.

C. conclut qu'il est indiqué d'opérer le plus tôt possible, au début de la grossesse ; au moment du travail, on pourra ponctionner le kyste pour aider l'accouchement et intervenir plus tard.

A. C.

Two cases of double ovariotomy during pregnancy, par W.-A. MEREDITH (*Transact. of the obst. Soc. of London*, *XXXIV*, 3).

1er cas. — Femme de 25 ans, primipare; ovariotomie au 3e mois de la grossesse, et ablation de deux kystes papillomateux des ovaires, pesant ensemble 6 livres. Convalescence rapide, et exempte de toute complication, La grossesse continue son cours normal, et se termine par la naissance d'un enfant à terme bien développé.

2e cas. — Multipare, âgée de 31 ans, opérée au troisième mois de la gestation. Les tumeurs pesaient 5 livres. L'ovaire gauche était le siège d'un kyste multiloculaire avec torsion récente du pédicule; quant à l'ovaire droit, il était envahi par un kyste dermoïde. Guérison parfaite, et accouchement normal à terme.

En recherchant dans la littérature, l'auteur n'a pu trouver que 4 cas analogues, de Thornton (1885), Mundé (1887), Potter 1888) et Bantok (1890). Toutes les mères guérirent; mais la grossesse ne se termina que deux fois par la naissance d'enfants vivants, l'un à huit mois, l'autre à terme.

CH. MAYGRIER.

Observations on the etiology of the sickness of pregnancy (Remarques sur l'étiologie des vomissements de la grossesse), par A. GILES (*Transact. of the obst. Soc. of London, XXXV*, 3).

Les investigations de Giles ont porté sur 300 femmes; elles lui ont donné des résultats dont voici le résumé :

Un tiers des femmes est exempt de vomissements pendant toute la durée de la grossesse; mais il y en a 45 0/0 qui ne vomissent pas pendant les 3 premiers mois. Ce trouble digestif n'a donc pas une grande valeur au point de vue du diagnostic d'une grossesse récente.

Dans 70 cas sur 100, les vomissements se montrent dès le premier mois; ils apparaissent plus rarement au 2e, 3e et 4e mois, et exceptionnellement au 5e et 6e; pendant les 3 derniers mois, on ne les observe que 9 ou 10 fois sur 100. Leur durée varie de quelques jours à plusieurs mois; ils sont surtout fréquents pendant le 2e mois.

Les vomissements sont plus fréquents dans les 6 derniers mois chez les femmes non mariées. En ce qui concerne l'âge, c'est surtout entre 20 et 25 ans qu'ils sont le plus rares; au delà de 25 ans, 90 primipares sur 100 en sont atteintes.

La troisième grossesse en est plus souvent exempte que les autres, et s'ils se montrent alors c'est plutôt dans les derniers mois, tandis qu'ils ont lieu dans les trois premiers mois pour les deux premières grossesses. Les femmes qui vomissent dans la première moitié de la grossesse seulement sont plutôt des primipares, et celles qui vomissent durant toute leur gestation, des multipares.

Les vomissements des derniers mois augmentent avec le poids du fœtus et du placenta; ils sont sans influence sur la nutrition de l'enfant.

Les femmes qui ont des règles peu douloureuses sont moins sujettes aux vomissements de la grossesse, que celles qui souffrent et perdent abondamment.

L'auteur ne considère pas les vomissements des femmes enceintes comme un phénomène physiologique; il en place l'origine dans une irritabilité du système nerveux due à des causes générales (âge, condition sociale, race, nombre des grossesses) ou locales, telles que la distension du ventre par des jumeaux ou un gros enfant.

CH. MAYGRIER.

The mechanism of labor, par J.-C. EDGAR (*Amer. j. of obst., octobre* 1893).

A la suite de recherches expérimentales et cliniques sur le mécanisme de l'accouchement, Edgar admet les conclusions qui suivent :

Le facteur le plus important du temps de rotation est la résistance du périnée. La rotation complète en avant est la règle chez les primipares; elle manque souvent chez les multipares. L'excès de rotation est rarement observé. — La permanence des occipito-postérieures est plus commune chez les multipares que chez les primipares. — La rotation complète des épaules est aussi fréquente chez les primipares que chez les multipares. Dans l'accouchement spontané, le dégagement de l'épaule postérieure est aussi fréquent que celui de l'antérieure chez les primipares, et plus fréquent chez les multipares. — La posture prise par la parturiente ne modifie pas le mécanisme de la sortie des épaules. L'extraction manuelle des épaules est une cause de déchirure du périnée.

CH. MAYGRIER.

On the Lochia, par A.-E. GILES (*Transact. of the obst. Soc. of London, XXXV*, 2, 1893).

Ce mémoire est l'exposé des recherches faites par Giles sur la quantité de l'écoulement lochial après l'accouchement; les conclusions sont basées sur l'examen de 60 cas.

La quantité moyenne des lochies est d'environ 300 grammes. La différence entre ce chiffre et celui de Gassner (1,500 grammes environ) est due à l'usage des antiseptiques et des injections. L'écoulement a une durée approximative de 9 à 10 jours; la multiparité n'exerce aucune influence sur son abondance; l'allaitement n'augmente pas sa quantité.

Les lochies sont généralement plus abondantes chez les jeunes femmes, jusqu'à 25 ans. Le poids de l'enfant et surtout celui du placenta ont une influence sur l'abondance des lochies; elles augmentent avec le volume du délivre.

La quantité des lochies est d'autant plus considérable qu'il y a eu plus de sang perdu pendant le travail. Elles sont surtout profuses chez les femmes qui sont réglées abondamment et chez les brunes.

CH. MAYGRIER.

Klinische und anatomische Studien über Zurückbildung des puerperalen Uterus (Études cliniques et anatomiques sur l'involution utérine), par E. RIES (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XXIV*, 1).

Ce mémoire est divisé en deux parties.

Dans la première, Ries a recherché combien de temps l'orifice interne restait ouvert après l'accouchement. Il a examiné 46 femmes du 5e au 16e jour des suites de couches. Il n'a pas trouvé de différences appréciables entre les primipares et les multipares au point de vue de l'occlusion du col. L'orifice n'est jamais fermé avant le 8e jour au plus tôt. Quand les lochies sont abondantes, il reste ouvert plus longtemps : si l'involution du corps se fait plus rapidement, il se ferme plus vite. Enfin le col se referme plus promptement après les avortements et les accouchements prématurés.

La seconde partie a trait à l'étude de la zone d'insertion du placenta. Sur les 46 femmes qu'il a observées, l'auteur a trouvé 36 fois un col suffisamment perméable pour explorer la cavité utérine. Il a presque toujours trouvé l'insertion placentaire au voisinage de l'orifice interne, et ayant la largeur d'une paume de main ; cette surface était tantôt simplement un peu inégale, tantôt dure et raboteuse, parsemée de saillies arrondies et difficiles à détacher avec le doigt. Ces saillies sont dues à des thromboses des vaisseaux, et elles sont éliminées soit avec les lochies et les caillots, soit seulement à la menstruation prochaine. On ignore d'une façon précise l'époque à laquelle la surface utérine est complètement régénérée.

L'examen histologique de petits fragments enlevés avec l'ongle y démontre l'existence de fibres musculaires nombreuses, mélangées au sang. Le muscle est donc, au moins en partie, à nu, ce qui explique le danger d'infection dans la délivrance artificielle.

Au 5e jour, on trouve déjà des glandes recouvertes d'épithélium au-

milieu de culs-de-sac glandulaires dilatés datant des derniers mois de la grossesse ; dans les couches plus profondes, on constate que l'épithélium a repris en partie ses caractères normaux, et, peu à peu, il réapparaît partout normal. Quant aux cellules de la caduque, elles subissent une dégénérescence graisseuse ou hyaline, ou bien elles s'atrophient et se transforment en cellules conjonctives.

L'auteur conseille, en terminant, lorsque les lochies se prolongent sous forme de pertes sanguines, de cureter la cavité utérine pour enlever complètement tout ce qui reste des cellules de la caduque.

CH. MAYGRYER.

Hysterectomy performed five days (5 jours) after labor for puerperal metritis, par GOLDSBOROUGH (*New York med. journ.*, *p.* 195, 18 *février* 1893).

Une femme de 34 ans, primipare, accoucha d'un enfant vivant. Les suites furent normales au début, lorsque 72 heures après l'accouchement, survint un frisson qui dura une heure : en même temps, céphalalgie, suppression des lochies, sensibilité du ventre à la pression. Le lendemain, malgré un traitement énergique, l'état général avait empiré, les lochies étaient fétides, la température dépassait 40°, le pouls était à 130, avec prostration, langue sèche, tympanisme, etc.

Le jour suivant, dans un état voisin du collapsus, la patiente fut opérée. L'hystérectomie, par la voie abdominale, fut pratiquée : on enleva en même temps les trompes et les ovaires ; le moignon, constitué par le col utérin, fut fixé à la paroi abdominale, et touché au thermo-cautère.

Il y eut aussitôt une amélioration manifeste : la température revint à la normale ; ni vomissement, ni tympanisme, ni douleur. Une phlébite, qui se développa à la quatrième semaine, prolongea la convalescence ; au bout de 4 mois la malade était complètement guérie, et vaquait aux soins de son ménage.

MAUBRAC.

La septicémie puerpérale atténuée ; formes cliniques, bactériologie, traitement par BASSET (*Thèse de Paris*, 1893).

Parmi les accidents qui suivent les couches, on note encore de temps à autre la septicémie, mais par suite de l'antisepsie prophylactique ses effets en sont atténués. Elle se présente sous les formes suivantes : fruste, larvée, prolongée, diphtéroïde et phlébitique. Chacune d'elles peut être reconnue assez facilement à un ensemble de symptômes, dont les principaux sont : l'élévation de la température précédée de frissons, la rapidité du pouls, la diarrhée fétide et l'albuminurie.

Dans toutes ces formes on trouve, dans le sang, le streptocoque pyogène et ses variétés évolutives, le micrococcus et le diplococcus. Suivant l'une ou l'autre et suivant les poussées septicémiques, il subit une atténuation qui porte sur sa quantité et sur sa qualité ; mais, tant qu'on le constate dans la circulation générale, la malade n'est pas guérie.

Comme la muqueuse utérine est son principal foyer de repullulation, c'est par des injections antiseptiques, qu'on doit le combattre et, en cas d'échec, par le curetage.

OZENNE.

Ueber Exantheme in Wochenbette besonders über der sogenannten Wochenbettscharlach (Exanthème scarlatiniforme des suites de couches), par F. AHLFELD (*Zeitschr. für. Geb. und Gyn.*, *XXV*, 1).

Dans le cours de quelques mois, Ahlfeld a eu occasion d'observer, chez 13 femmes en couches et chez une opérée de laparotomie, des exanthèmes qui offraient la plus grande ressemblance avec la scarlatine ou la rougeole. Il s'est demandé s'il s'agissait là de véritables fièvres éruptives ou seulement de manifestations cutanées qui n'en avaient que l'apparence. C'est à cette dernière opinion qu'il s'est arrêté. En effet, chez aucune malade on n'observa les prodromes de la scarlatine ; aucune personne de l'entourage, particulièrement aucun enfant, ne furent infectés. Enfin on put établir chez toutes les femmes la preuve d'accidents septiques.

Il s'agit donc là d'exanthèmes liés à l'infection puerpérale, et Ahlfeld admet avec Renvers une intoxication due à une ptomaïne d'origine encore inconnue. CH. MAYGRIER.

122 observations de bassin oblique ovalaire, par TCHÉRÊPATOKINE (*Thèse de Paris*, 1893).

Malgré ce nombre important d'observations, les détails ne sont pas assez précis pour donner une étude satisfaisante du mécanisme de l'accouchement dans les bassins obliques ovalaires types. On peut seulement conclure que les résultats regardés comme acquis par Nægelé, Simon Thomas et Litzmann sont inacceptables. Le pronostic est extrêmement grave pour l'enfant. Sur 40 bassins obliques ovalaires types, 32 fois l'enfant était mort et 4 fois vivant ; sur 54 bassins obliques ovalaires à viciation complexe, 43 fois l'enfant était mort, 11 fois vivant. Le pronostic est grave pour la mère. Sur 54 observations, 44 femmes sont mortes, 29 fois lors de leur premier accouchement, 8 fois lors du second, 7 fois lors du 3e au 8e accouchement, de ruptures utérines, de péritonite consécutive à de graves opérations, de l'opération elle-même comme dans le cas de la césarienne ou bien parce que même on n'a pas pu terminer l'accouchement.

Les interventions obstétricales les plus diverses ont été tentées dans ce cas. La doctrine thérapeutique qui a toujours eu les plus nombreux partisans a été d'intervenir de telle sorte que l'occiput du fœtus se trouve en avant vers l'extrémité du diamètre le plus long. On a donc habituellement préféré le forceps lorsque l'occiput occupait cette situation, la version lorsqu'il occupait la mauvaise position. L'embryotomie et la césarienne n'ont été habituellement employés que lorsque les opérations précédentes avaient échoué. On a aussi pratiqué l'accouchement prématuré artificiel, mais sans beaucoup de succès. PORAK.

Ueber Zwergbecken (Du bassin des naines), par BŒCKH (*Arch. f. Gyn.*, *XLIII*, 2).

C'est une description du bassin des naines basée sur 6 observations recueillies dans la littérature obstétricale et sur l'examen d'un squelette conservé à la clinique de Heidelberg et provenant d'une femme accouchée par Nægelé.

Chez les naines bien proportionnées le bassin a des caractères particuliers qui tiennent à la fois du bassin généralement rétréci et du bassin infantile.

Boeckh décrit ensuite l'histoire des accouchements de six naines rachitiques, et rapporte une septième observation qui lui est personnelle. Dans ce cas, le diamètre bisiliaque mesurait 20 centimètres, l'espace entre les deux trochanters était de 25 et le diamètre de Baudelocque de 14. Le conjugué vrai mesurait 5,5. L'opération césarienne ayant été refusée, l'auteur dut provoquer l'accouchement à 6 mois. CH. MAYGRIER.

Ueber sogenannte fœtale Rhachitis (Rachitisme intra-utérin), par G. SCHWARZWÆLLER (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, *XXIV*, 1).

Après avoir résumé les différentes observations publiées comme des cas de rachitisme intra-utérin, Schwarzwäller déclare que seuls doivent être considérés comme authentiques les faits où l'examen microscopique a révélé l'existence des lésions propres au rachitisme.

Il rapporte 2 observations où l'on pouvait croire à cette affection. Or, dans ces deux cas, la peau était épaissie et graisseuse, et non flasque et ridée ; dans un seul cas, les épiphyses faisaient fortement saillie, il n'y avait pas d'hydrocéphalie. Le microscope ne démontra pas de lésions caractéristiques, la zone d'ossification n'était pas hypertrophiée. L'auteur en conclut que ces faits ne sont pas du rachitisme fœtal vrai ou guéri. Il incline à penser que l'hypertrophie osseuse constatée dans l'un des cas a pu être due à l'existence de nombreux circulaires du cordon autour des extrémités du fœtus. CH. MAYGRIER.

De quelques causes de mort inattendue des fœtus pendant le travail, par P. CASTETS (*Thèse de Paris*, 1893).

Si on élimine les causes bien connues de mort du fœtus pendant le travail, on se trouve en face de circonstances dont le diagnostic n'est souvent pas fait avant l'accouchement ou ne sont pas de nature à faire porter un pronostic grave pour l'enfant. Parmi celles-ci se trouvent la procidence méconnue du cordon ombilical, le tétanisme utérin, dont l'auteur rapporte une observation intéressante. Le décollement prématuré du placenta en situation normale peut souvent être reconnu, grâce à la constatation de l'hémorragie externe qui l'accompagne ordinairement ; reste à déterminer le siège interne de cette hémorragie, qui est ordinairement facile à fixer. L'albuminurie qui la produit ordinairement trouve sa place marquée et bien connue dans cette étiologie. Moins connue est la cause qui dépend d'une brusque rétraction de l'utérus comme dans le cas d'hydramnios et de grossesse gémellaire. L'auteur en rapporte des cas probants. Enfin cette complication, souvent liée aux lésions placentaires ou non expliquée, a été observée un certain nombre de fois.

PORAK.

Hémorragies dues à la rupture du sinus circulaire, par MAKSUD (*Thèse de Paris*, 1893).

Pour se rendre compte de la distance du bord du placenta à l'orifice

interne du col, il y a lieu de tenir compte du sens de la déchirure des membranes. 30 fois la déchirure était parallèle au bord du placenta, se produisit très près de l'orifice utérin et 24 fois elle se produisit au moment de la dilatation complète ; 6 fois elle s'accompagna d'hémorragie. — 24 fois la déchirure était perpendiculaire au bord du placenta et s'étendait très près de l'orifice utérin 47 fois ; elle se produisit au moment de la dilatation et 1 fois seulement il y eut hémorragie. — 24 fois la déchirure était oblique et s'étendit très près de l'orifice urérin, 17 fois elle se produisit au moment de la dilatation complète et 3 fois avec hémorragie. — 6 fois il y eut des hémorragies, quoique le placenta fût inséré normalement.

L'auteur soutient dans cette thèse les opinions de Budin et pense que, dans un certain nombre de cas, l'hémorragie se produit sans décollement du placenta par une rupture du sinus circulaire. PORAK.

Zur Ætiologie des Cephalhœmatoma Neonatorum, par J. MERTTENS (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XXIV*, 2).

Merttens a réuni 21 cas de céphalématome observés à la clinique de Marbourg. Les enfants des primipares y sont un peu plus sujets que ceux des multipares. 16 fois le bassin de la mère était normal et le poids des enfants moyen. Le céphalématome peut reconnaître des causes multiples. L'opinion de Fritsch que cette tumeur est surtout due à la compression subie par la tête fœtale dans une filière pelvigénitale étroite n'est pas absolument prouvée, car le céphalématome devrait être alors plus fréquent dans les rétrécissements du bassin. L'explication de Spiegelberg, qui attribue le céphalématome à un épanchement sanguin lié à l'asphyxie paraît plus vraie, mais il faut faire entrer en ligne de compte le plus ou moins de facilité que le périoste a à se décoller et le volume des vaisseaux. Fréquemment enfin, la tumeur est consécutive à une application du forceps. CH. MAYGRIER.

Eine durch seine Etiologie seltener Fall von Blasenscheidenfistel (Une cause rare de fistule vésico-vaginale), par J. MERTTENS (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XXIV*, 1).

Une femme multipare, perdant involontairement son urine, entre à la clinique de Marbourg. Elle a eu cinq mois auparavant un accouchement qui a été terminé par une application de forceps. Le vagin est court, cicatriciel et se termine en cul-de-sac. Sur sa paroi antérieure, on constate une large fistule vésico-vaginale ; de plus, une sonde introduite dans la fistule peut pénétrer dans l'utérus jusqu'à une profondeur de 7 centimètres. Le toucher rectal permet de constater en arrière de l'utérus, qui est petit et en antéversion, un fibro-myome de la grosseur du poing.

L'origine de la fistule est la suivante : pendant le travail il y a eu agglutination du col ; en outre, le fibrome, repoussant le col en avant, le rendait inaccessible au doigt. Les médecins qui présidaient à l'accouchement crurent à une imperforation du vagin, et ils incisèrent la paroi antérieure du conduit ; ils pénétrèrent ainsi dans la vessie, et de là dans l'utérus, se créant un passage à travers la paroi antérieure du col. C'est par cette voie que l'enfant fut extrait.

Une opération ultérieure, faite par Ahlfeld, amena la guérison de cette singulière fistule.
CH. MAYGRIER.

Contribution à l'étude des déchirures du vagin se produisant pendant le travail de l'accouchement, par SALLÉ (*Thèse de Paris*, 1893).

Les causes des déchirures primitives du vagin pendant le travail de l'accouchement sont multiples ; en effet, ces solutions de continuité peuvent tenir à un défaut d'accommodation du fœtus, à un état anormal des organes génitaux ou du bassin (vagin infantile, vagin pathologique, bassins viciés, bassins à épines) et aux accouchements artificiels (traumatismes instrumentaux, manœuvres obstétricales, symphyséotomie).

D'après ces différents facteurs étiologiques, on conçoit que l'aspect de ces solutions de continuité variera, d'où leur division en déchirures transversales, en perforations et en déchirures longitudinales. De chacune de ces variétés l'auteur fait une étude anatomo-pathologique et un exposé clinique, qu'il résume ainsi :

Les ruptures transversales ont leur siège d'élection au niveau des culs-de-sac du vagin ; elles se compliquent ordinairement de l'ouverture du péritoine ; au cas où elles sont très étendues, le fœtus peut passer dans la cavité abdominale.

Les déchirures longitudinales présentent un siège variable. Si elles sont spontanées, elles se produisent presque toujours sur les côtés de la colonne postérieure ; si elles sont traumatiques, leur siège est en rapport avec celui des bords contondants des cuillers du forceps ; après la symphyséotomie, elles sont fréquentes sur la paroi antérieure du vagin. Lorsqu'elles intéressent l'extrémité inférieure du canal vaginal, elles sont intimement liées aux déchirures de la vulve et du périnée.

Pour arrêter l'hémorragie, prévenir les infections et éviter des cicatrices vicieuses, la suture immédiate est le meilleur traitement à appliquer.
OZENNE.

Du tampon vaginal antiseptique dans le traitement des hémorragies par insertion vicieuse, par BERTRAND (*Thèse de Paris*, 1893).

Sur 40 cas traités par le tamponnement, la mortalité maternelle a été de 10 0/0 et la mortalité fœtale de 55 0/0 (maternité Porak). Sur 23 cas traités par la rupture des membranes (Pinard), la mortalité a été, lorsque la dilatation était complète, pour la mère 17,6 0/0, pour les enfants 61 0/0 ; avant toute dilatation, pour la mère 10 0/0, et pour les enfants 60 0/0. Il semblerait que cette dernière méthode serait surtout plus grave pour les enfants.
PORAK.

Spontanheilung einer Ruptura Uteri intra partum, par RICHTER (*Deutsche med. Wochens.*, n° 45, *p.* 1012, 1892).

Une parturiente vomit et perd connaissance, tandis que la tête, qui se présentait, se retire et que les douleurs cessent. L'auteur diagnostique une rupture de l'utérus ; il reconnaît sous la paroi abdominale la présence de l'un des pieds ; le vagin est vide ; après lotions au sublimé, l'auteur pratique la version et extrait un enfant mort. Hémorragie peu abondante ; délivrance lente. La paroi antérieure de l'utérus présente une perforation qui admet 3 doigts.

Pas d'injections ; application d'un sac de sable pesant 2 livres, seigle ergoté, teinture d'opium. Guérison.

L'auteur pense que, si l'hémorragie due à la rupture n'a pas été profuse, c'est que la jambe de l'enfant a servi de tampon. L. GALLIARD.

Quelques considérations sur les observations anciennes et récentes de symphyséotomie antiseptique, par HULOT (*Thèse de Paris*, 1893).

L'auteur a réuni 25 cas récents de symphyséotomie donnant pour les mères 4 décès et pour les enfants 5. Ajoutés aux 149 observations anciennes, ils donnent 14 décès pour les mères, soit 12.30 0/0, et 32 décès pour les enfants, soit 28,31 0/0. Il en conclut qu'il faut être très circonspect dans l'emploi de cette opération. PORAK.

Three cases of symphysiotomy with one death from sepsis, par A.-E. BROOMALL (*Americ. j. of obst., septembre* 1893).

Dans le premier cas il s'agit d'une négresse de 30 ans ayant eu antérieurement 7 enfants, dont un mort, venu par le siège. Le bassin mesurait 8^{cm},5 dans son diamètre promonto-pubien minimum. Elle était enceinte pour la huitième fois. Le travail eut lieu à terme ; la tête resta élevée, les membranes se rompirent dès le début. Au bout de 24 heures, l'accouchement ne faisant aucun progrès, symphyséotomie et application du forceps. Extraction d'un enfant vivant de 2,780 grammes. Pas d'incidents pendant l'opération. Le bassin fut maintenu par une bande roulée. Guérison au bout de 3 semaines.

La seconde femme, âgée de 25 ans, a eu un accouchement antérieur pénible, mais terminé par la naissance d'un enfant vivant. Le bassin est généralement rétréci, il mesure 8^{cm},2. Seconde grossesse : début du travail à terme, rupture prématurée des membranes, pas d'engagement, symphyséotomie et forceps. Pas d'accidents autre qu'une légère hémorragie arrêtée par la compression. Extraction d'un enfant de 3,740 grammes, en état d'asphyxie, qui ne put être ranimé.

La troisième observation est celle d'une femme de 43 ans ayant eu onze accouchements antérieurs très pénibles et terminés par des opérations variables, forceps, craniotomie.

On décide à la douzième grossesse de faire la symphyséotomie ; le bassin a 8^{cm},5. Mais la femme ne vient qu'au bout de 3 jours de travail, ayant perdu les eaux depuis longtemps, et en proie à de la fièvre. Après une tentative infructueuse de forceps, l'enfant étant vivant, on fait la symphyséotomie ; grandes difficultés pour sectionner la symphyse. Extraction avec le forceps d'un enfant asphyxié, de 3 kilogrammes, qu'on a beaucoup de peine à ranimer. Le quatrième jour, en enlevant un fil, on constate un écoulement de liquide sanieux et fétide par le point de suture. Une incision conduit dans un foyer putride qui est lavé et désinfecté. Malgré cela la femme succombe le dixième jour avec des phénomènes de septicémie.

L'auteur fait suivre ces faits des réflexions suivantes. Il est important de suivre la règle indiquée par Caruso, qui limite la symphyséotomie aux bassins de 67 à 81 millimètres. Il est avantageux d'opérer de bonne heure, avant que l'état de la mère ou de l'enfant soit devenu mauvais. Quand on opère ainsi, on peut laisser l'accouchement se terminer spontanément, et on évite à la mère une application de forceps, toujours dangereuse pour les parties molles, quelle que soit la lenteur de l'extraction. Le drainage de la plaie est nécessaire. CH. MAYGRIER.

Embryotomy; its prognosis and limitations, par J.-C. EDGAR (*Amer. j. of obst.*, *avril* 1893).

L'embryotomie doit être pratiquée sur le fœtus mort lorsque, en dehors de toute indication absolue d'opération césarienne, l'extraction du fœtus non morcelé offre des dangers pour la mère. Tels sont les cas de rétrécissements modérés du bassin, de mauvaises présentations, de malformations fœtales, d'étroitesse des parties molles. — Dans les bassins viciés de 6 à 7 centimètres, on pourrait combiner la symphyséotomie avec l'embryotomie. — Dans les rétrécissements extrêmes, dans les cas de tumeur pelvienne obstruant le bassin, dans ceux de cancer étendu du col, la laparotomie est préférable à l'embryotomie, que le fœtus soit mort ou vivant.

L'embryotomie n'est indiquée sur le fœtus vivant que lorsque des signes évidents démontrent que sa vie est absolument compromise. — Cette opération peut cependant être justifiée quand la mère est dans des conditions graves (fièvre, amincissement extrême du segment inférieur, tentatives répétées et infructueuses d'extraction du fœtus), qui ne lui permettent plus de supporter une autre opération. — Enfin elle est encore indiquée dans les cas de dystocie par fœtus monstrueux.

CH. MAYGRIER.

The cesarean section and its substitutes, par C.-P. NOBLE (*Amer. j. of obst.*, *février* 1893).

Les conclusions de ce mémoire peuvent se résumer ainsi : L'opération césarienne, faite dans de bonnes conditions, est sans danger. Il est préférable de la pratiquer avant le début du travail, et en tous cas pas plus tard que la première période de l'accouchement. L'opération conservatrice est préférable à l'opération de Porro, parce qu'elle est moins dangereuse et ne stérilise pas les femmes. Toutefois cette dernière est indiquée quand il y a infection et inertie utérines, et dans les cas de volumineux fibromes. — La symphyséotomie doit remplacer la section césarienne, quand celle-ci n'a que des indications relatives. — L'enbryotomie faite sur un enfant vivant n'est plus justifiable comme opération de choix. CH. MAYGRIER.

Ein Fall von schwerer Osteomalacie bei einer Schwangeren (Ostéomalacie grave chez une femme enceinte), **par A. RASCH** (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, *XXV*, 2, 1893).

Femme atteinte d'ostéomalacie grave; recrudescence des douleurs dorsales et lombaires à chaque époque menstruelle. Dès le début de la grossesse, aggravation rapide. Rasch dut provoquer l'avortement à cinq mois; et, un peu plus tard, il pratiqua la castration.

Trois jours après cette opération, les douleurs osseuses s'atténuèrent et elles disparurent complètement en peu de temps. CH. MAYGRIER.

Ueber 455 Fälle von Eclampsie aus der St-Petersburger Gebäranstalt, par BIDDER (*Archiv für Gyn.*, *XLIV*, 1).

Les recherches de Bidder portent sur 455 cas d'éclampsie observés à la Maternité de Saint-Pétersbourg de 1873 à 1891.

La fréquence de l'affection a été de 1 sur 133 accouchements. Toutefois elle semble s'être accrue dans les dernières années, car elle est devenue de 1 sur 100. L'éclampsie est indépendante de l'âge, elle n'est pas épidémique, ni contagieuse. La primiparité, les grossesses multiples, les accouchements prématurés y prédisposent particulièrement. Le travail n'a aucune influence sur elle, car elle survient souvent en dehors de lui. L'expulsion du fœtus agit favorablement sur l'éclampsie au moins dans la moitié des cas. L'éclampsie est très rare quand le fœtus est macéré ; elle détermine au contraire assez fréquemment la mort et consécutivement la macération du fœtus.

Le pronostic a été très favorable à la Maternité de Saint-Pétersbourg. Sur 455 femmes atteintes, 79 sont mortes ; la mortalité a donc été de 17,3 0/0 ; mais en réalité, en éliminant de ce chiffre plusieurs cas de mort due à d'autres affections, elle est de 10,5 0/0, tandis que les chiffres de Löhlein la portent à 23,7 0/0. La proportion de morts a été chez les primipares de 10,9, chez les multipares de 8,6 0/0.

Quant aux enfants, leur mortalité pendant la grossesse et le travail a été de 30,9 0/0.

Le traitement a consisté dans l'emploi des moyens empiriques habituels ; les opiacés, sous forme de pilules d'opium, de lavements laudanisés, d'injections de morphine ; les inhalations de chloroforme et le chloral ; les bains chauds et l'enveloppement dans des draps mouillés.

Pendant le travail, on s'est efforcé de sauver l'enfant en activant la marche de l'accouchement, principalement à l'aide des incisions profondes du col suivant la méthode de Dührssen, et en terminant par le forceps, la version, etc.

L'opération césarienne a été pratiquée deux fois, et les femmes ont succombé dans le coma. C'est une intervention peu justifiée, car l'interruption de grossesse n'enraye pas toujours l'éclampsie, et la mère se trouve exposée à un double danger, celui de l'opération elle-même et celui de l'éclampsie. CH. MAYGRIER.

Grossesse ovarienne terminée par lithopédion. Laparotomie au bout de 30 ans, par GOTTSCHALK (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, p. 429, 1er mai 1893).

Femme de 54 ans. Un accouchement normal à 22 ans ; deux ans plus tard, nouvelle grossesse, à la fin de laquelle la malade eut plusieurs jours des douleurs, sans dilatation du col ; puis péritonite grave qui l'alita 18 semaines. Dès lors, retour régulier des menstrues jusque il y a 4 ans, sans conception nouvelle. Elle portait une ceinture abdominale pour éviter de souffrir. Depuis 2 ans, à la suite d'un effort, le fœtus est brusquement descendu et sa tête, quittant la fosse iliaque gauche, est venue se placer au détroit supérieur ; gêne de la miction et tension hypogastrique. Dès lors, la ceinture est devenue inefficace et, pour se soulager, la malade était obligée, de quinzaine en quinzaine, de se mettre sur la tête, ce qui permettait au fœtus de remonter dans la cavité abdominale. Mais, depuis quelques mois, cette attitude ne déplace même plus le fœtus et la difficulté d'uriner a reparu.

Petit bassin complètement rempli par une tumeur immobile, ayant la consistance et la configuration du crâne fœtal ; la suture sagittale est placée suivant le diamètre oblique droit, la petite fontanelle à gauche et en avant, l'occiput immédiatement derrière la symphyse, sur le plancher pelvien et faisant saillir la paroi vaginale antérieure en bas. Le col utérin, petit, se trouve

tout à fait en arrière et en haut dans l'excavation sacrée; l'utérus, petit, est appliqué contre le sacrum. Donc la tumeur s'était logée en totalité dans l'excavation vesico-utérine énormément dilatée. Du bassin, la tumeur remontait jusqu'à l'ombilic, formant une tumeur irrégulière, de dureté osseuse, plus large en haut.

Laparotomie. Adhérences étendues de la tumeur avec le péritoine pariétal, le grand épiploon, les anses intestinales, la vessie et le péritoine du petit bassin, surtout au niveau de l'excavation vésico-utérine. Il fallut ajouter à l'incision verticale une incision transversale des parois abdominales et faire soulever, par l'intérieur du vagin, la tumeur dont l'extraction fut assez laborieuse, vu la crainte de blesser les intestins par l'une des nombreuses arêtes tranchantes qu'elle présentait.

Relativement à l'utérus, la tumeur se comportait tout à fait comme une tumeur ovarienne : elle s'insérait à la face postérieure du ligament large gauche et au ligament infundibulo-pelvien ; cette insertion s'étant rompue pendant les efforts de dégagement, il y eut une forte hémorragie par l'artère utéro-ovarienne qui avait le calibre de l'artère iliaque ; la face postérieure du ligament large, très vascularisée, donna aussi beaucoup de sang. Le ligament ovarien et la trompe très allongée, mais intacte, se dirigeaient droit en haut et en dehors pour s'insérer sur la tumeur. L'utérus, complètement aplati, était tordu autour de sa corne droite ; sa face antérieure était reliée à la vessie par des cordons conjonctifs. Le péritoine de l'excavation vésico-utérine offrait une perforation ovale du volume d'un œuf de poule. Les annexes droites étaient entièrement normales, tandis que nulle part on n'apercevait trace de l'ovaire gauche. Guérison apyrétique.

La tumeur était revêtue extérieurement d'un sac clos, complètement soudé à l'enveloppe calcaire sous-jacente, épaisse de plusieurs millimètres. On distinguait à l'œil nu, dans cette membrane externe, des corps jaunes dont plusieurs étaient aplatis, et quelques follicules. Il était donc certain que la totalité de l'œuf était renfermée dans l'ovaire. A la face interne de la 2e couche, ou enveloppe calcaire, se voyaient le placenta et ses vaisseaux bien conservés. Le fœtus lui-même était très reconnaissable jusqu'à sa chevelure et ses ongles ; la peau des extrémités était partiellement incrustée de chaux. L'attitude du fœtus était la flexion maximum. Le poids du lithopédion était de 5 livres.

Dans la discussion, Hahn dit aussi avoir, il y a quelques années, extrait par laparotomie un lithopédion qu'une femme portait depuis une trentaine d'années. Sous le microscope, les muscles avaient conservé leur striation transversale. (*R. S. M.*, XIX, 173 et 176; XXI, 217; XXIII, 216 et 619; XXV, 655 et XXXIV, 595.) J. B.

Die Decidua uterina bei ectopischer Schwangerschaft..... (La caduque utérine dans les grossesses extra-utérines, surtout au point de vue du développement normal du placenta et des membranes fœtales), par Catherine v. TUSSENBROEK ((*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXXIII*, 2).

Dans un cas de grossesse tubaire (le fœtus de 4 mois s'était développé dans la partie moyenne de la trompe droite), C. van Tussenbroek trouva l'utérus hypertrophié dans la proportion où se trouve un utérus dans une grossesse normale de 2 ou 3 mois. La musculeuse et la muqueuse de l'utérus prennent part à cette hypertrophie. La muqueuse utérine est plissée, fortement injectée et présente les caractères d'une caduque. L'étude microscopique permit d'établir les résultats suivants :

1° La muqueuse est considérablement épaissie;

2° Elle montre deux couches bien différenciées : la couche superficielle, ou interne, est composée de tissu décidual; la couche profonde, ou externe, d'un tissu qui provient d'une prolifération des glandes utérines ;

3° Les glandes utérines débouchent dans la cavité de l'utérus, par un canal ouvert;

4° L'épithélium des glandes utérines a subi des modifications spéciales : dans la portion profonde des glandes, il a proliféré; dans les portions superficielles, il s'est détaché. Les lacunes, exsangues qu'on trouve dans le tissu décidual, ne sont que la lumière des glandes utérines ;

5° De même que l'épithélium a disparu dans la couche déciduale, l'épithélium de la surface de la muqueuse n'existe plus;

6° Par conséquent, les capillaires superficiels sont à nu et s'ouvrent dans la cavité de l'utérus. C'est de la même façon que certaines glandes utérines reçoivent du sang;

7° Les veines de l'utérus sont dilatées et se sont transformées en sinus sanguins à paroi mince.

Comparant ensuite la structure de la muqueuse utérine provenant d'une grossesse normale à celle de la muqueuse précédente, C. van Tussenbroek arrive aux conclusions suivantes :

a) Dans les grossesses extra-utérines, la muqueuse de l'utérus ne forme que les tissus *sous-jacents* à la couche fibrineuse;

b) Dans les stades jeunes de la grossesse, la couche fibrineuse se trouve, non pas dans l'intérieur de la sérotine, mais à sa surface;

c) Plus tard, les tissus *sus-jacents* à la couche fibrineuse doivent leur origine à l'épithélium du chorion;

d) Grâce aux faits énumérés en *a*, *b* et *c*, il est permis de conclure que la couche fibrineuse représente la ligne de démarcation entre les tissus maternels d'une part, les tissus fœtaux de l'autre. La couche fibrineuse recouvre immédiatement la surface de la muqueuse utérine qui, après s'être dépouillée de son épithélium, s'est transformée en caduque. L'espace intra-placentaire (espaces intervilleux), correspond à la lumière qui existe à l'origine entre le chorion villeux et la muqueuse utérine : c'est une *fente extra-vasculaire*. ED. RETTERER.

Beobachtungen über Bauchhöhlenschwangerschaft (**Observations de grossesse intra-abdominale**), **par W. SUTUGIN** (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XXIV*, 1).

Sutugin rapporte deux observations personnelles de grossesse extra-utérine intra-abdominale :

Dans la première, il s'agit d'une femme enceinte pour la troisième fois, prise d'accidents fébriles, et qui, malgré la laparotomie et l'extraction d'un fœtus extra-utérin putréfié de trois mois, succomba par péritonite. On trouva le placenta inséré sur la face postérieure de l'utérus, près du fond. L'auteur admet que le sac fœtal a dû être infecté par les bactéries de l'intestin.

La seconde femme était enceinte de quatre mois quand elle présenta, à la suite d'une chute, tous les symptômes d'une péritonite généralisée. Au premier examen, on constata au palper l'existence d'une tumeur dure, remontant à l'ombilic, se contractant sous la main, et semblable à l'utérus. On put percevoir des parties fœtales et des mouvements. Par le toucher, on trouva

le vagin rempli par une tumeur siégeant dans le cul-de-sac postérieur ; le col était très élevé, presque inaccessible. Les phénomènes fébriles s'accentuèrent et un écoulement putride survint. Pour évacuer le pus, on fit une ouverture à la partie postérieure du vagin, mais une hémorragie très grave se produisit et la femme succomba deux heures plus tard. A l'autopsie, on trouva que l'incision avait porté sur le placenta qui était adhérent à la face postérieure de l'utérus, au ligament large droit, à la cavité de Douglas et au rectum. Le fœtus était situé en arrière et au-dessus de l'utérus. Les reins étaient atteints de néphrite parenchymateuse aiguë et d'hydronéphrose.

Voici les conclusions de Sutugin :

Bien que la grossesse abdominale rétro-utérine se termine le plus souvent par la formation d'une hématocèle, elle peut cependant évoluer jusqu'à terme.

Au début, cette grossesse simule une grossesse utérine. Les symptômes de compression de l'intestin et des uretères se montrent plus vite que dans toute autre forme de grossesse ectopique. Si le placenta est inséré sur les replis du péritoine, il y a de violentes douleurs lombo-abdominales et des troubles dans l'excrétion urinaire.

Au point de vue du diagnostic, on constate, outre les signes ordinaires de la grossesse, l'existence d'une tumeur rétro-utérine, de consistance élastique, repoussant en avant l'utérus hypertrophié ; le vagin est très rétréci par cette tumeur, et le col est très éloigné.

Le traitement doit varier suivant l'époque de la grossesse et l'état du fœtus. Dans le cas de rupture du sac et d'hémorragie, il faut ouvrir rapidement la cavité de Douglas. Quand le fœtus est mort depuis longtemps, on recourra à la laparotomie et on fera l'ablation totale du kyste.

CH. MAYGRIER.

Zur Kasuistik der Extra-uterin Gravidität, dar J. MANDELSTAM (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXV*, 1).

Une femme de 24 ans, ayant eu antérieurement un accouchement spontané, expulse au troisième mois d'une nouvelle grossesse un lambeau de caduque avec hémorragie. On diagnostique la rupture d'une trompe gravide. Anémie grave consécutive. Cependant la grossesse continue. Au neuvième mois, faux travail ; les seins coulent. Les bruits du cœur cessent. A onze mois, les règles réapparaissent, la température s'élève, la femme a des douleurs vives. Laparotomie. Le kyste fœtal est extrait facilement ; il était manifestement développé dans la trompe droite. Guérison, malgré une pneumonie survenue le 4e jour.

Mandelstam a observé 11 autres cas de la grossesse extra-utérine. Sept fois l'expectation lui a donné des succès. Deux fois le diagnostic ne fut fait que sur la table d'opérations. Deux autres femmes, amenées mourantes, succombèrent, l'une après opération, l'autre sans intervention. Malgré la statistique favorable de Schauta, l'auteur reste partisan en général de l'expectation, comme Schrœder, sauf dans certains cas bien déterminés.

CH. MAYGRIER.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Notions générales sur les dermatoses, par BROCQ (*Ann. de derm. et de syphil., p.* 1157, *mars* 1893).

L'auteur montre d'abord que, avec l'état actuel de nos connaissances sur la pathogénie des dermatoses, il est impossible de formuler une classification rationnelle des maladies de la peau. Il lui paraît cependant qu'il y a quelque chose à faire au point de vue de leur conception générale. Il existe en effet certains groupes morbides que, par l'analyse minutieuse des faits, de leur étiologie, de leurs symptômes, de leur évolution, de leurs réactions thérapeutiques, on est arrivé à classer et à regarder comme des maladies réelles et non plus comme de simples expressions objectives à pathogénie multiple ; tels sont, par exemple, la dermatite herpétiforme, le prurigo de Hebra. De plus, entre ces entités morbides nouvelles, il existe toute une chaîne de formes morbides, d'hybrides difficiles à classer dans tel ou tel type bien défini et qui semblent participer de deux ou de plusieurs d'entre eux, constituant ainsi des faits de passage.

Pour bien faire comprendre toute sa pensée, l'auteur prend un exemple, une de ces entités morbides, la dermatite herpétiforme, et montre par la méthode graphique que, tout autour du groupe central constitué par la dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives, viennent se ranger des faits qui ne sont pas absolument comparables à ce type pur, mais qui présentent cependant avec lui un tel air de famille qu'on est obligé de les placer à côté de lui ; tel est le cas des dermatites polymorphes douloureuses subaiguës, des dermatites polymorphes douloureuses aiguës, récidivantes et non récidivantes, de l'herpétide maligne exfoliative consécutive à la dermatite herpétiforme, etc. P. MERMET.

Neurotisches (reflectorisches) Eczem, par G. Dederic HOLSTEN (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, *XVIII*, *n°* 1).

Cette affection s'observe surtout dans les deux premières années de la vie, mais elle peut se produire à tout âge: ses localisations, sa symétrie, sa tendance aux récidives, ses nombreuses et soudaines exacerbations, sa résistance au traitement local et la possibilité d'agir sur elle en s'adressant à la cause efficiente sont autant de particularités qui séparent cet eczéma des autres formes. Ses lieux d'élection sont, chez les enfants, en première ligne, le visage, puis le cuir chevelu, les faces dorsales des membres; chez les adultes, le cuir chevelu est moins souvent intéressé tandis qu'au contraire les membres sont plus souvent envahis. L'éruption a tendance à se localiser dans la sphère de distribution de mêmes territoires nerveux. Elle se présente le plus habituellement sous forme

de plaques arrondies ou elliptiques. La dentition, la constipation et les troubles de la digestion en sont les causes les plus fréquentes ; il faut y ajouter le phimosis, la neurasthénie, le surmenage, le chagrin, les douleurs, l'insomnie, etc. H. HALLOPEAU.

Ein ungewoenhlicher Fall von Dermatitis herpetiformis Duhringii, par FUNK (*Monatsh. f. prakt. Dermat., XVII, n° 6*).

La maladie est constituée par la présence d'un petit nombre de plaques faisant saillie de 1/3 à 1/2 centimètre, molles, spongieuses, d'un brun rougeâtre, à surface inégale et recouvertes de vésico-pustules confluentes: elles occupent le cou, la tête, le visage et le tronc; la première plaque a siégé aux lèvres. Leur durée est généralement fort longue ; elles s'accroissent excentriquement : leur bord est constitué par des vésico-pustules dont le diamètre atteint celui d'une lentille ; disposées en demi-cercle, elles entourent toute la plaque. Elles sont confluentes et c'est par places seulement que l'on peut constater la présence de pustules isolées. Cette éruption provoque un prurit intense qui persiste jour et nuit ; les ganglions correspondants sont tuméfiés et douloureux. L'auteur a porté le diagnostic de dermatite herpétiforme de Duhring en se fondant sur la marche de la maladie, sur l'intensité du prurit, sur le peu d'altération de la santé générale et sur la morphologie de l'éruption ; il attache, à ce point de vue, une importance capitale au bord pustuleux des plaques. (Nous ne pouvons à cet égard partager l'opinion de l'auteur : la longue durée des plaques et leur asymétrie sont des caractères étrangers au type de Duhring ; d'autre part, Funk ne dit pas si les poussées vésiculeuses se faisaient simultanément dans divers foyers éruptifs ; or on ne peut, sans ce caractère, affirmer l'existence d'une dermatite herpétiforme.) H. HALLOPEAU.

Ueber das Einfluss der Sonnenstrahlen auf die Haut (Sur l'influence des rayons du soleil sur la peau), par R. BOWLES (*Monatsh. für prakt. Dermat. XVIII, n°* 1).

L'auteur conclut de ses observations :

1° Que la chaleur n'est pas par elle-même la cause de l'eczéma solaire;

2° Qu'en effet cette éruption peut être provoquée par la réflexion sur la neige de rayons violets et ultra-violets ;

3° Que l'eczéma solaire et la cécité par la neige sont dus à l'action de mêmes causes prochaines et qu'il en est de même du coup de soleil.

H. HALLOPEAU.

Sur un cas de dermatite herpétiforme végétante, par HALLOPEAU et BRODIER (*Soc. franç. de derm. et de syph., 18 janvier* 1894).

Les auteurs résument ainsi les faits qui résultent de leur travail et de l'observation intéressante publiée : 1° La plupart des éruptions bulleuses peuvent amener le développement de saillies végétantes ; 2° le processus auquel est due la production de la bulle amène plus souvent que l'inflammation vésiculeuse la prolifération du corps papillaire ; 3° dans la dermatite herpétiforme, les saillies végétantes, prédominant aux plis

articulaires, peuvent être généralisées ; 4° elles n'ont qu'une durée passagère et disparaissent au bout de quelques semaines, sans laisser d'autres traces que des macules ; 5° les bulles qui leur donnent naissance se produisent par poussées généralisées ; le traitement local est sans action sur elles ; elles diffèrent donc essentiellement des vésico-pustules de la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique ; 6° parmi les manifestations prodromiques des poussées de dermatite herpétiforme on note la céphalalgie, la dyspnée, la diarrhée, l'hyperesthésie, les douleurs dans les membres et les secousses musculaires convulsives ; 7° ces symptômes sont probablement dus à l'altération du sang par les toxines qui vont ultérieurement irriter le tégument externe et s'éliminer par sa surface ; 8° la diarrhée, coïncidant avec les éruptions buccales et palatines, peut faire soupçonner l'existence d'un exanthème intestinal analogue à l'éruption cutanée ; 9° malgré des poussées incessantes et leur hyperthermie initiale, l'état général peut rester satisfaisant ; 10° les poussées éruptives peuvent envahir le larynx et donner lieu à de l'œdème de la glotte ; 11° elles peuvent, comme dans les érythèmes polymorphes, intéresser en premier lieu les avant-bras, les genoux et les cous-de-pied.

P. MERMET.

Beiträge zur Kenntniss der Hautblutungen (Contribution à l'étude des hémorragies cutanées), par A. SACK (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, *XVII*, 2, 7, *et* 12).

Les ruptures des capillaires, causes prochaines des hémorragies cutanées, ne peuvent s'expliquer que par une diminution de résistance de leur paroi et surtout du tissu qui les entoure. A l'état normal, le derme est de consistance trop ferme pour qu'elles s'y produisent ; ce n'est qu'exceptionnellement que les dégénérescences graisseuses, amyloïdes, hyaline ou l'endartérite concourent à les engendrer. La paroi des capillaires est tellement délicate et facile à déchirer qu'elle ne peut résister à la tension du sang si elle n'est plus soutenue suffisamment par le tissu environnant.

H. HALLOPEAU.

Des névrodermites. Névroses cutanées à réactions urticariennes, eczémateuses et lichéniennes, par L. WICKHAM (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 14 *décembre* 1893).

L'auteur présente une série de malades atteints de névrose cutanée offrant les variétés diverses de réaction que la peau peut subir par le grattage : urticarienne, lichénienne, eczématiforme.

Le premier malade, alcoolique, névropathe héréditaire, souffre depuis six ans d'un prurit intense généralisé. Il y a un an à la névrodermie préexistante vint s'ajouter une réaction cutanée urticarienne pure. En somme l'alcool est chez lui cause déterminante de la névrose cutanée, du prurit ; il a été aidé par la névropathie héréditaire ; l'alcool est la cause efficiente de l'éruption ; le prurit a été l'agent provocateur de la lésion.

Le deuxième malade a souffert pendant trois années d'un prurit localisé sine materia, de névrodermie localisée. Au bout de ce temps la peau des régions prurigineuses a commencé à se lichénifier. Mêmes considérations pathogéniques que dans le cas précédent.

Le troisième malade est atteint pour la troisième fois d'une dermatose prurigineuse. Les lésions cutanées affectent les types eczématiforme et lichénien,

et sont apparues à la suite d'une brûlure de la région fessière, qui paraît ici avoir joué le rôle d'un locus minoris résistentiœ.

Le dernier malade est un type de névrose cutanée à réaction lichénienne pure. Névropathe, faisant des excès de café, son prurit date de trois ans et est apparu après une émotion violente. La lichénification a commencé trois à quatre semaines après le prurit. Depuis, accalmies temporaires et paroxysmes saisonniers.

Ces observations démontrent manifestement qu'il existe des faits de transition entre la névrodermie et la névrodermite, et, comme le font justement remarquer Brocq et Fournier, entre l'urticaire chronique, le prurigo ferox et le lichen. P. MERMET.

in Beitrag zur Differenzierung der Epidermidosen..... (Contribution à la différenciation des épidermidoses et des chorioblastoses d'après un nouveau cas d'acanthosis nigricans), par MOUREK (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, *XVII*, nº 8

L'acanthosis nigricans est constituée par une anomalie dans la structure de la peau parenchymateuse (épiderme et corps papillaire) : il ne s'agit pas d'une inflammation, mais d'une hypertrophie dont les symptômes caractéristiques sont une hyperakantose et une hyperkératose concomitantes ; l'origine du pigment reste indéterminée ; il en est de même de la cause de la maladie. H. HALLOPEAU.

Contribution à l'étude de l'érythrasma, par DUCREY et REALE (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXVIII*, 4).

Les auteurs croient que jusqu'à eux on n'a pas réussi à cultiver le parasite de l'érythrasma. Ils en décrivent trois variétés, qu'ils ont obtenu par cultures sur divers milieux. Pour eux l'érythrasma est une affection bien définie, caractérisée par la présence d'un parasite abondant dans les squames de l'épiderme ; c'est le microsporon minutissimum, champignon distinct des autres variétés d'épidermophytes qui peuvent se rencontrer à la surface de la peau. C'est lui qui est réellement l'agent pathogène de l'érythrasma, comme paraissent le démontrer les tentatives expérimentales faites par les auteurs au moyen de leurs cultures. F. BALZER.

Des déterminations bucco-pharyngo-laryngées dans l'érythème polymorphe, par MENDEL (*Arch. gén. de méd., août et septembre* 1893).

L'auteur a réuni 24 observations de déterminations bucco-pharyngo-laryngées dans l'érythème polymorphe. 13 cas se rapportent à une angine prémonitoire. Les autres observations concernent des éruptions sur les muqueuses de la gorge et du larynx. Il est à remarquer que ces éruptions n'ont presque pas de rapport avec la modalité de l'érythème noueux. Tantôt il s'agit de papules, tantôt il s'agit de vésicules ou de bulles. L'éruption muqueuse est le plus souvent très douloureuse. RICHARDIÈRE.

Etiologie et anatomie pathologique de l'érythème multiforme et du purpura, par FINGER (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, *XXV*, 5, *p.* 76).

Il existe une variété d'érythèmes toxiques, par exemple l'érythème

urémique et l'érythème angio-nerveux produit par le passage dans le sang de toxines provenant d'un foyer purulent ou infectieux. D'autre part, il existe des érythèmes produits directement par le passage dans le sang des agents pathogènes provenant de ces foyers infectieux, comme on l'a observé pour l'angine et l'amygdalite.

Dans un cas de diphtérie étendue depuis le pharynx jusqu'à l'estomac, l'auteur a trouvé dans les reins et le myocarde le streptocoque pyogène et l'examen microscopique a trouvé dans les papules de l'érythème cutané qui avait compliqué cette diphtérie des cocci et des chaînettes. Ces microbes situés dans les vaisseaux sont rapportés également par l'auteur au streptocoque pyogène dont la présence est fréquente d'une manière secondaire dans la diphtérie : l'auteur la considère comme ayant causé l'érythème. Dans un autre cas de dermatite avec purpura il y avait également des cocci dans les foyers inflammatoires. Ces lésions ne sont pas toujours identiques; dans six autres cas de purpura compliquant des pneumonies, des diphtéries, des endocardites, l'auteur n'a pas trouvé de microorganismes. F. BALZER.

Erythème scarlatiniforme desquamatif, par TÖRÖK (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, *XXV*, 4, 1893).

Homme de 50 ans, journalier, dont l'affection a débuté par une écorchure du menton produite par le rasoir et suivie d'un érythème de la face qui envahit bientôt tout le corps. En même temps la face se met à desquamer. Le tout se produit sans aucun trouble dans l'état général. La maladie consiste en une rougeur diffuse du dos et de la poitrine avec des squames en lamelles. La rougeur est moins accentuée sur les membres et, au niveau des follicules, s'accompagne d'une légère squamule. Prurit nul ou très faible. Au bout de 3 mois, chute des cheveux assez forte et altération des ongles. Les cheveux repoussent 2 mois après et la guérison se complète, le malade gardant seulement un peu de sécheresse de la peau. L'apparition subite, l'absence de symptômes généraux, l'état apyrétique, la durée et l'intensité de la desquamation sont en faveur du diagnostic d'érythème scarlatiniforme à évolution lente. F. BALZER.

Ueber Argyrie in Vergleich zur Siderose (Argyrie et sidérose), par KOBERT [(*Arch. f. Derm. u. Syph.*, *XXV*, 5, *p.* 773).

Il existe une argyrie professionnelle par pénétration de l'argent dans l'épiderme de la main des ouvriers et plus tard dans le derme. L'action exercée par l'usage externe du nitrate d'argent peut conduire au même résultat. Enfin il existe une argyrie par usage interne prolongé du nitrate d'argent. La coloration violette des gencives, des doigts et de certains organes internes caractérise l'argyrie. L'argent existe dans les tissus à l'état de granulations dans le tissu conjonctif des organes.

L'auteur énumère les diverses réactions chimiques de l'argent dans les tissus. Les combinaisons organiques dont il est susceptible sont mal connues. Le foie et les reins sont spécialement atteints dans l'argyrie chronique ainsi que le corps papillaire du chorion de la peau. Avec le fer et l'argent, après introduction dans le sang d'un sel double n'agissant pas mécaniquement ou chimiquement, la non-toxicité des deux métaux dure pendant des semaines. Les leucocytes les transportent dans le foie

et dans les organes lymphoïdes qui se trouvent colorés en noir, en brun jaunâtre. Le fer se trouve à l'état de combinaison organique plus intime. L'élimination se fait par l'intestin, par l'intermédiaire des leucocytes et non par l'urine. L'intestin élimine le fer dans toute son étendue, tandis qu'il n'élimine l'argent que dans sa portion terminale. L'argent attaque le rein tandis que le fer le laisse intact. F. BALZER.

Cutis laxa, par G. LEWIN (*Berlin. klin. Woch.*, nº 16, *p.* 388, 17 *avril* 1893).

Lewin ne connaît qu'un cas semblable ; il concernait un Espagnol. (*Catalog. de la collection des chirurgiens de Londres*, 1657.)

Chez le jeune homme présenté par Lewin, les téguments sont si extensibles qu'on peut les soulever en longs plis ; par exemple, avec un pli formé aux dépens de la peau du thorax, cet individu se recouvre la face et la tête. De la même façon, on peut former, partout sur le tronc et les membres, des plis de 15 à 20 centimètres de hauteur et même plus, et larges de 25 à 30 centimètres.

La cause principale de cette laxité insolite est le défaut d'adhérence du derme aux aponévroses sous-jacentes. Partout la peau est plus molle qu'à l'ordinaire et donne la sensation veloutée. J. B.

Un cas d'herpès gestationis, par ARNOZAN (*Archives clin. Bordeaux, novembre* 1893).

Femme de 28 ans, souffrant d'une éruption prurigineuse depuis 3 mois. Déjà, en 1886, cette femme avait présenté, au sixième mois de sa grossesse, une éruption prurigineuse généralisée qui avait disparu en 4 semaines, après la naissance de l'enfant venu à 7 mois et demi.

Actuellement cette malade est au sixième mois d'une seconde grossesse dont le début a été marqué par de la dyspepsie et des vomissements, auxquels ont succédé des douleurs atroces de névralgie faciale et une éruption de même nature que la première.

Cette éruption s'accompagne de démangeaisons, qui procèdent par poussées paroxystiques plus fréquentes et plus violentes la nuit. Elle siège principalement sur la face antérieure de l'abdomen et sur les membres, bien qu'on l'observe à un moindre degré sur le dos et la poitrine et elle consiste en vastes placards à contours géographiques bien découpés et bien nets. Le centre du placard est livide, violacé, un peu plissé et déprimé ; on y voit des vésicules et des bulles, de volume variable, remplies de sérosité limpide et disposées en séries concentriques. Le bord du placard est saillant et d'un rouge irrégulièrement teinté.

Sur les parties du corps où les lésions cutanées sont isolées, elles se présentent sous forme de vésicules ou papulo-vésicules groupées, ou non. Sur une plaque rouge au niveau des placards la peau est infiltrée et la teinte livide disparaît par la pression. La langue présente l'aspect ordinaire des lésions herpétiques. Pas d'engorgement ganglionnaire. Urines rares, sans albumine et sans sucre.

Malgré un traitement consistant en sulfate de quinine, régime lacté et applications externes de glycérolé camphré, l'éruption a persisté jusqu'à la fin de la grossesse, qui a eu lieu un peu avant terme ; puis elle a rapidement disparu après une tentative infructueuse d'allaitement. OZENNE.

Ueber Urticaria Infantum und ihren Zusammenhang mit Rachitis und Magenerweiterung, par FUNK et GRUNDZACH (*Monatsh. für prakt. Dermat.*, *XVIII*, *n*° 3).

Les auteurs ont observé le rachitisme chez tous les enfants atteints d'urticaire qui leur ont passé sous les yeux pendant l'été de 1893 ; dans tous les cas, ils ont en outre constaté une notable dilatation de l'estomac. H. HALLOPEAU.

Zur Behandlung der Prurigo mit Massage, par HATSCHEK (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, *XXV*, 6, *p.* 931).

Murray de Stockholm a recommandé en 1889 l'emploi du massage dans le traitement du prurigo. L'auteur l'a employé en séance de 10 à 15 minutes, toujours en procédant dans le sens centripète et avec des frictions assez énergiques. Plus tard les séances étaient plus courtes. Les démangeaisons diminuaient après un petit nombre de séances, chez quelques-uns après plusieurs semaines de traitement. Le massage était fait ordinairement avec emploi de la vaseline. Il ne guérit pas le prurigo mais il constitue un excellent moyen de combattre les démangeaisons. On pourrait en devenir maître dans les cas rebelles en continuant le massage autant qu'il sera nécessaire. Murray croit qu'il facilite la résorption des exsudats papuleux qui enveloppent les papilles. F. BALZER.

Le prurigo simplex et sa série morbide, par BROCQ (*Ann. de derm. et de syph.*, *p.* 3, *janvier* 1894).

L'auteur étudie, avec des observations à l'appui, la dermatose à laquelle Vidal a donné le nom de lichen simplex aigu, et qu'il appelle aujourd'hui prurigo simplex acutus.

Au point de vue clinique il se caractérise : 1° objectivement par une éruption de petites papules congestives, de dimensions d'une tête d'épingle, souvent surmontées d'un soupçon de vésicule, se recouvrant bientôt d'une croûtelle ; 2° subjectivement par des phénomènes douloureux accompagnant et probablement même précédant l'éruption ; 3° par une évolution affectant le type des poussées subintrantes, parfois successives, mais à allures aiguës ; 4° par la dissémination des lésions qui affectent le type sparsus et sont surtout localisées vers les surfaces d'extension; 5° par l'absence complète d'eczématisation et de lichénification vraie ; 6° par la présence fréquente d'un élément urticarien.

Cette affection s'observe chez l'adulte et chez l'enfant en bas âge ; chez le premier on l'a confondu avec l'urticaire, les prurigos atypiques, l'eczéma papuleux disséminé, l'érythème papuleux, le summer prurigo ; chez le second on lui a donné le nom de strophulus, urticaire infantile. L'anatomie pathologique de la lésion a été faite par Tommasoli et par Darier.

Au point de vue de la classification dermatologique, il est nécessaire de classer cette affection à côté du prurigo de Hebra, et entre elles il existe toute une série de faits de passage qui sont, par gradation ascendante : le prurigo simplex acutus, le prurigo simplex subacutus, le

prurigo simplex chronicus recidivus, le prurigo simplex chronicus à forme atypique. P. MERMET.

Un cas de psoriasis avec localisations prédominantes sur des territoires nerveux, par THIBIERGE (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 16 *novembre* 1893).

Homme de 46 ans, de tare nerveuse personnelle et héréditaire, atteint depuis 23 ans de sciatique récidivante du côté gauche. L'éruption, dont il est actuellement porteur, a débuté il y a 18 mois par une plaque psoriasique correspondant à la distribution du nerf saphène interne du côté de la névralgie. Plus tard sont apparues des plaques analogues correspondant aux nerfs musculo-cutanés des plexus brachiaux. Plus tard enfin, l'éruption a gagné les lieux d'élection du psoriasis. L'intégrité du membre inférieur non atteint de névralgie est parfaite. P. MERMET.

Note istologiche sopra alcuni casi di psoriasi, par MANTEGAZZA (*Giornale ital. delle malattie veneree e della pelle, mars* 1893).

L'auteur résume ainsi ses recherches sur l'histologie du psoriasis : 1° L'épiderme est hypertrophié ; sa couche cornée présente un développement exagéré et forme des lamelles superposées, dont les cellules ont conservé leur noyau petit et déformé ; son stratum lucidum manque ou est peu développé ; la couche granuleuse est profondément altérée et les granulations de kératohyaline sont plus petites, plus rares et distribuées irrégulièrement ; les cellules épineuses de la couche sous-jacente subissent habituellement l'altération cavitaire de Leloir, plus rarement présentent la tuméfaction trouble de Virchow, ou bien dans les formes lentes se désagrègent totalement ; la couche des cellules cylindriques est également très atteinte, les cellules sont augmentées de nombre et accumulées par places. 2° Le derme présente des lésions importantes ; son tissu élastique est très développé ; on observe une infiltration cellulaire très marquée autour des vaisseaux, infiltration cellulaire qui se propage jusque dans les couches voisines de l'épiderme. La conclusion de ces recherches est que les lésions du psoriasis sont dues à un trouble de nutrition de la peau, atteignant de préférence l'épiderme. P. MERMET.

Om Smitsemheden og Behandlingen af Psoriasis, par ZAHTZMANN (*Hospitals Tidende*, 23 *août* 1893).

L'auteur rapporte les deux observations suivantes qui lui semblent plaider en faveur de la contagiosité du psoriasis :

Homme de 33 ans ; en 1885, blessure au poignet droit avec un éclat de verre ; sous le pansement iodoformé formation d'une éruption psoriasiforme; un an plus tard, éruption de psoriasis sur les jambes.

Homme de 35 ans, soigné dans le même asile que le malade précédent et partageant pendant 7 semaines le même lit ; au bout de 3 semaines, début d'un psoriasis typique sur la surface antérieure du thorax ; généralisation ultérieure de la dermatose. P. MERMET.

Frieselausschlag, Lichen tropicus, Miliaria papulosa, Miliaria rubra (Eruption pourprée, lichen tropical, miliaire papuleuse, miliaire rouge, par S. POLLITZER (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, *XVI*, 9).

Cette dermatose diffère par ses caractères cliniques et anatomo-patho-

logiques de l'eczéma et de la miliaire cristalline avec laquelle elle a été confondue. Elle est constituée par une imbibition des cellules de la couche cornée tuméfiée, un léger œdème du réseau de Malpighi qui contient les conduits sudoripares dilatés en forme de kystes; il existe concurremment une réplétion des vaisseaux du corps papillaire; la peau est exempte de toute autre altération. La tuméfaction des cellules de la couche cornée amène l'obstruction des conduits excréteurs des glandes sudoripares dont les fonctions s'exercent avec une activité exagérée : il suffit d'empêcher, par l'application d'un corps gras, l'imbibition des cellules cornées de se produire pour que ces dilatations kystiques n'aient pas lieu : on s'explique ainsi pourquoi les nègres, dont la peau est très grasse, sont préservés de cette éruption. H. HALLOPEAU.

Sur un cas de dermatite bulleuse du bras survenue sous l'influence d'un vésicatoire permanent, par HALLOPEAU (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 14 *décembre* 1893).

Femme de 74 ans, portant sur le bras gauche un vésicatoire permanent qu'elle pansait avec le bois de garou. Il y a trois mois, érythème et éruption bulleuse autour du point vésiqué. Bientôt après, cicatrisation du vésicatoire et extension de proche en proche de l'éruption érythémateuse et bulleuse. Actuellement elle a envahi tout le bras et la partie supérieure de l'avant-bras; tout le reste de l'avant-bras et le corps cubital de la main sont rouges et tuméfiés, mais ne présentent pas de bulles. Cette dermatose ne s'accompagne d'aucun trouble de la sensibilité cutanée, si ce n'est de la cuisson liée à l'érythème; selon toute vraisemblance elle est due à un trouble dans l'innervation trophique provoqué par l'altération des filets nerveux cutanés irrités par la surface vésiquée ou inclus dans la cicatrice consécutive.

P. MERMET.

Pityriasis rubra pilaire ou lichen ruber, par HALLOPEAU et BRODIER (*Soc. franç de derm. et de syph.*, 16 *novembre* 1893).

A l'occasion d'un cas observé et communiqué à la Société, les auteurs croient devoir compléter ainsi qu'il suit les notions qui ont cours relativement au pityriasis rubra pilaire : 1° En dehors des éléments acuminés il peut se développer dans cette maladie des papules identiques à celles du lichen de Wilson; leur volume peut varier de celui de grains punctiformes à celui de petites lentilles; elles peuvent siéger en séries linéaires; 2° la ressemblance du pityriasis rubra pilaire avec le lichen plan n'implique pas une identité de nature; la couleur rouge jaunâtre des éléments, l'aspect des placards qu'ils constituent, leurs localisations au visage, aux coudes, aux genoux et surtout sur le dos des phalanges, leur coïncidence avec des saillies acuminées à grain central, la modération et l'intermittence du prurit, l'intégrité de la muqueuse buccale sont des caractères qui, réunis, permettront de reconnaître ces formes anormales de pityriasis rubra pilaire; 3° la production de ces papules lichénoïdes est vraisemblablement due au grattage en même temps qu'à un mode de réaction spécial de la peau; 4° la maladie de Devergie-Besnier conserve son individualité; elle demeure essentiellement distincte du lichen de Wilson. P. MERMET.

Sur un lichen de Wilson simulant par places un pityriasis rubra pilaire, par HALLOPEAU (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 14 *décembre* 1893).

Chez une malade, âgée de 56 ans, névropathe, l'auteur a eu l'occasion d'observer, à la suite de vives émotions, une éruption disséminée sur les diverses régions du corps et caractérisée par deux ordres de lésions élémentaires : d'une part des papules planes lisses, brillantes, polygonales, de couleur rouge, à dépression centrale, d'autre part des papules miliaires saillantes, acuminées, présentant dans leur partie centrale un grain corné. Ces divers éléments forment en plusieurs régions des groupes, dont les plus importants occupent les avant-bras, les épaules, la nuque et le siège; il n'y a pas trace d'éruption sur le dos des phalanges. Il existe un prurit intense et incessant.

L'auteur conclut qu'il s'agit, dans ce cas, d'un lichen de Wilson pouvant se traduire en certains points par la production de papules miliaires acuminées, analogues à celles du pityriasis rubra pilaire, groupées autour des papules de Wilson. Ces éléments ne présentent pas les localisations qui caractérisent le pityriasis rubra pilaire et la coïncidence des éléments pityriasiformes avec les papules de Wilson explique comment Kaposi considère comme appartenant à un même type le lichen plan et le lichen acuminé. P. MERMET.

Éruption lichénoïde, suite de traumatisme sur le trajet du nerf cubital, par THIBIERGE (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 16 *novembre* 1893).

Femme, 46 ans, de tare nerveuse, qui dans une chute de voiture se fait une éraflure à la partie interne de l'avant-bras. Quinze jours après cette chute, apparition sur la 3e phalange de l'annulaire d'une tache rouge, qui s'étend bientôt à tout le bord interne du doigt, se crevasse, se fendille et se couvre de vésicules eczémateuses ; démangeaisons très vives. Huit mois plus tard cette même lésion se montre sur le rebord cubital de l'avant-bras, sur les bords interne et externe de l'annulaire ; démangeaisons moindres.

P. MERMET.

Note sur deux cas de mycosis fongoïde, par QUINQUAUD et LEREDDE (*Soc. franç. de derm. et de syph.*, 14 *décembre* 1893).

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer deux malades atteints de my cosis fongoïde et ont pu relever chez eux quelques particularités au triple point de vue clinique, biologique et histologique.

Au point de vue clinique l'affection a présenté une première phase, variable de durée, pendant laquelle la lésion est superficielle, offre beaucoup de ressemblance avec un eczéma nummulaire (plaque eczématique, érythémateuse, lichénoïde) et guérit en apparence, laissant dans l'intervalle des poussées un état ridé et plissé, une coloration brunâtre de la peau. Dans une seconde phase, les lésions se sont disséminées, la plaque initiale a subi une infiltration nodulaire, formant une tumeur mamelonnée à la périphérie de laquelle on remarque une zone d'envahissement érythémato-squameuse avec exagération des plis et désquamation pityriasique. L'exploration nutritive a montré quelques légers troubles de la nutrition : azoturie transitoire avec amaigrissement coïncidant avec la dissémination et les exulcérations. La glycogénie est physiologique, le nombre des globules blancs était normal.

L'examen histologique a montré l'intégrité des parois vasculaires, preuve qu'il ne s'agit donc pas de sarcomatose cutanée ; de plus le faible développement du réticulum adénoïde, bien visible seulement dans les couches profondes du derme, fait voir qu'il ne s'agit point là non plus de lymphadénie classique. F. MERMET.

Varices lymphatiques de la muqueuse buccale, par TENNESON et DARIER (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, *14 décembre* 1893).

Jeune fille de 17 ans, scrofuleuse, sujette depuis l'âge de 7 ans à des érysipèles de la face à répétition, en moyenne 3 à 4 par an, le dernier datant de mars 1892. A la suite de ces érysipèles, et cela surtout depuis le dernier, œdème chronique hémilatéral droit de la face prédominant à la paupière, à la joue, et aux lèvres. Ces dernières sont volumineuses, légèrement renversées au dehors, et présentant sur leur face muqueuse et sur la partie avoisinante des joues un semis de vésicules, de volume variable, transparentes, sans rougeur à leur pourtour, laissant après leur ouverture une légère exulcération et une lamelle épithéliale blanc laiteux. Pas d'engorgement ganglionnaire au cou, mais présence dans la région cervico-claviculaire de cicatrice d'abcès. Aucune manifestation tuberculeuse actuelle. L'examen histologique montre que ces vésicules sont développées aux dépens soit des lymphatiques papillaires, soit des sinus sous-papillaires, et contiennent soit de la lymphe pure, soit un liquide séro-lymphatique. Le tissu conjonctif qui sépare ces dilatations lymphatiques n'est le siège ni d'une néoplasie, ni d'altérations bien appréciables.

Les auteurs croient qu'il s'agit dans ce cas de varices lymphatiques de la muqueuse buccale, accompagnées d'un œdème éléphantiasique de la face, d'origine mécanique et reconnaissant pour causes soit un noeud de lymphangite oblitérante, soit une sclérose ganglionnaire consécutive aux poussées érysipélateuses. P. MERMET.

Tumeur lymphoïde de la conjonctive chez un malade atteint de lymphadénie ganglionnaire et splénique, par DU CASTEL (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 18 *janvier* 1893).

Malade, atteint depuis un an de lymphadénie ganglionnaire et splénique, présentant sous la conjonctive de la paupière inférieure gauche une petite tumeur, indolente, de forme allongée dans le sens de la paupière dont elle occupe toute la largeur, d'épaisseur d'un centimètre environ, à angles mousses, à surface recouverte par muqueuse saine, de coloration rosée et de consistance molle. C'est une tumeur dont le siège anatomique n'est pas, comme on pourrait le penser au premier abord, la conjonctive même, mais le tissu séparant le cartilage torse de la muqueuse ; c'est de plus une néoplasie lymphoïde et qui ne peut, comme le voudrait Galézowski, être rattachée à la syphilis, dont l'existence fait défaut chez ce malade. P. MERMET.

Sur les transformations et les dégénérescences des nœvi, par REBOUL (*Archiv. gén de méd.*, *avril*, *mai*, *août*, *septembre et octobre* 1893).

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Les nœvi sont des tumeurs congénitales et comme telles peuvent donner naissance à diverses variétés de tumeurs bénignes et malignes.

Quoiqu'ils disparaissent très fréquemment après la naissance, on res-

tent le plus souvent stationnaires, les nœvi exigent une surveillance attentive. S'ils présentent des signes d'extension, de transformation ou de dégénérescence maligne, il faut intervenir sans retard et avec énergie

Les dégénérescences malignes et surtout les dégénérescences mélaniques des nœvi doivent être considérées comme de nature infectieuse. Dans les opérations dirigées contre elles, il faut prendre toutes les précautions requises en pareil cas et craindre qu'une infection locale ne devienne le point de départ d'une généralisation mortelle. RICHARDIÈRE.

De la nature des xanthomes, par TÖRÖK (*Ann. de derm. et syph., p.* 1109 *et* 1261, 1893).

L'auteur étudie séparément les trois espèces de xanthomes admises par les auteurs et bien différentes les unes des autres par leur symptomatologie et leur nature :

1° Le xanthome vulgaire, le plus souvent à l'état de xanthome localisé, existe sous trois variétés : xanthome en plaques on plan, xanthome papulo-tuberculeux ou tuberculeux, xanthome en tumeurs. Il débute à tout âge et il n'y a pas lieu de distinguer un xanthome juvénile et un xanthome des adultes. Au point de vue histologique la lésion xanthomateuse est constituée par du tissu adipeux embryonnaire et la cause du développement incomplet des cellules adipeuses est l'hétérotopie, ces cellules n'existant pas normalement dans le derme. Les conditions étiologiques provoquant la formation des lésions xanthomateuses sont soit générales (altérations du sang, hérédité), soit locales (hyperactivité proliférative des cellules dermiques). Ce dernier fait est la caractéristique du processus xanthomateux et le xanthome, véritable anomalie de formation, a sa place dans le système des processus pathologiques à côté de la lipomatose;

2° Le xanthome élastique est une forme rare, s'observant à l'état disséminé et affectant toujours le type plan. L'altération porte ici essentiellement sur le tissu élastique, qui forme des pelotons intra-dermiques entourés de cellules xanthomatiques;

3° Le xanthome des glycosuriques, toujours disséminé, revêt seulement la forme papuleuse ou papulo-tuberculeuse, s'accompagne de sensations subjectives diverses et souvent de phénomènes inflammatoires; son évolution est courte. Histologiquement la lésion est constituée par un amas de cellules à des degrés variables de dégénérescence, de la cellule lymphoïde normale à la cellule xanthomatique type. Aussi, en raison du processus tout différent de cette affection, mériterait-elle le nom d'éruption papuleuse à dégénération graisseuse des glycosuriques.

P. MERMET.

Ulcérations buccales tabétiques, par WICKHAM (*Ann. de derm. et de syph., p.* 44. 1894).

On peut trouver dans la bouche, au cours du tabes, des lésions ulcéreuses spéciales à caractères bien nets et qu'il importe de savoir distinguer des autres altérations buccales.

Voici leurs principaux signes différentiels : 1° siège : début au niveau d'une dent après la chute de celle-ci, siège en totalité ou en partie au niveau de l'alvéole, extension vers muqueuses voisines ; 2° aspect grisâtre, atone ; bords non décollés et bourgeonnants ; fond saignant facilement et sécrétant un liquide fétide ; muqueuse environnante saine et pâle ; 3° indolence et anesthésie ; 4° exploration au stylet : orifice et fistule amenant sur des surfaces osseuses, nécrosées ; 5° évolution : marche lente, chronique, sans réaction inflammatoire, avec phase de nécrose des maxillaires et élimination des séquestres ; 6° perte des dents : chute antérieure indolore ; 7° déformation des maxillaires : voûte palatine déprimée ou saillante, rebords alvéolaires épaissis ou atrophiés ; 8° commémoratifs : existence antérieure d'abcès, de nécrose maxillaire, de chute de dents, etc. Leur diagnostic est à faire avec les ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques, la nécrose phosphorée, les stomatites mercurielles intenses, et surtout avec la périostite alvéolo-dentaire infectieuse.

Leur place dans l'histoire du tabes est indiquée à côté des altérations dentaires, osseuses et des maux perforants. Ce sont de véritables maux perforants buccaux ; et, comme pour les maux perforants, leur nature propre est incertaine. Il s'agirait soit de lésions d'ordre trophique sous la dépendance directe du tabes, soit de lésions aggravées de la périostite alvéolo-dentaire infectieuse qui trouverait dans le tabes un terrain de développement favorable. P. MERMET.

De la kéloïde acnéique, par MIBELLI (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXVIII*, 4).

La kéloïde acnéique de la nuque arrive à constituer une kéloïde fibreuse typique, sans fibres élastiques. Comme les autres kéloïdes, elle débute autour des vaisseaux et a son siège exclusif dans le derme réticulé ; au-dessus d'elle les couches papillaires et sous-papillaires sont altérées tandis que dans les kéloïdes spontanées le derme superficiel est normal. Elle succède aux éruptions acnéiques qui se développent pendant longtemps à la nuque et sans que ces éruptions subissent un processus cicatriciel. Les nodules acnéiques sont semblables à ceux de l'acné indurée ordinaire, et distincts du groupe des acnés pilaires. Le processus est localisé dans l'appareil sébacéo-pilaire et non dans les glandes sébacées, seulement il prédomine même sur l'appareil pilaire. Le processus qui précède la kéloïde commence dans le réseau vasculaire sous-papillaire et produit seulement des foyers de suppuration limités à la cavité folliculaire du poil, il détruit peu à peu la portion supérieure du follicule et réduit le derme superficiel en tissu scléreux. En même temps la néoplasie kéloïdienne se développe dans le derme réticulé autour des vaisseaux et peut s'étendre à une certaine distance du foyer primitif péri-folliculaire. Les noyaux kéloïdiens se rejoignent ainsi et se fondent les uns avec les autres. Peu à peu les glandes sébacées et les follicules pileux disparaissent. Ce processus s'accompagne de la formation de nombreuses cellules géantes qui semblent indiquer l'action d'un agent pathogène encore inconnu. F. BALZER.

Lupus érythémateux disséminé à aspect un peu insolite, par BROCQ (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 16 *novembre* 1893).

Femme de 30 ans, sans tare héréditaire, nerveuse, atteinte depuis quatre mois environ d'une dermatose érythémateuse et papuleuse, symétrique, présentant les caractères suivants : Sur la face, la nuque et la partie antérieure et supérieure de la poitrine, rougeur diffuse, en placards, présentant un réseau blanc jaunâtre, irrégulier, et un piqueté rouge formant marqueterie ; en certains points, notamment à la nuque la lésion offre un aspect cicatriciel particulier. Sur la moitié antérieure des avant-bras et sur la face dorsale des doigts, éruption papuleuse rosée, analogue à celle du lichen ruber. Autour des ongles, rougeur rosée, diffuse, parsemée d'un piqueté rouge foncé. En outre démangeaisons assez vives par places, contracture symétrique des biceps brachiaux, absence de troubles de santé générale, existence de stigmates d'hystérie.

Le diagnostic était embarrassant. Pour plusieurs raisons l'auteur élimine les hypothèses de sclérodermies, de lichen ruber planus, d'érythème simple ou d'érythrodermie prémycosique pour se rallier à celle de lupus érythémateux disséminé, malgré deux anomalies flagrantes de l'affection (éléments papuleux et indurations bicipitales). Les traitements interne par l'huile phosporée et externe par les applications de savon noir salicylé ont déjà notablement amélioré la malade. P. MERMET.

Lupus et grossesse, par BAR et THIBIERGE (*Soc. franç. de derm. et de syph.*, 14 *décembre* 1893).

Les auteurs présentent une femme de 44 ans atteinte d'un lupus de la joue gauche; au cours de 13 grossesses l'affection a constamment récidivé pour disparaître au moment du retour des règles. L'étude de 18 autres malades observées montre qu'on ne saurait pourtant résumer par une formule unique l'influence de la grossesse sur le lupus : tantôt celui-ci reste stationnaire au cours de la grossesse et persiste encore après l'accouchement ou subit alors une aggravation plus ou moins accentuée ; tantôt, dès le début de la grossesse, les lésions existantes s'aggravent ou des lésions semblant éteintes depuis longtemps repassent à l'état d'activité, et repullulent encore pendant l'allaitement, puis l'aggravation continue ou bien, dès que les règles reparaissent, la lésion revient à son état antérieur ; parfois encore, pendant toute la durée de la lactation, le lupus s'amende plus ou moins nettement, pour reprendre une nouvelle activité quelques semaines après la fin de la grossesse. Cette action si variable de la grossesse sur le lupus offre un contraste frappant avec l'influence néfaste qu'elle exerce sur la tuberculose pulmonaire qui, dans la grande majorité des cas, s'aggrave plus ou moins au cours de la gestation et évolue souvent après l'accouchement avec une effrayante rapidité. P. MERMET.

Ueber Nucleininjektionen bei Lupus, par MOUREK (*Wiener med. Woch.*, nos 35 *et* 36, 1893).

Pour faire ces injections, on dissout 2gr,5 de nucléine pure par l'addition lente d'une lessive de soude à 5 0/0 ; on y ajoute 2gr,5 d'acide phé-

nique; on porte le tout à 500 grammes par addition d'eau et on filtre. La solution, qui peut se conserver longtemps sans altération contient 5 milligrammes de nucléine par centimètre cube.

Les injections, pratiquées à la région interscapulaire, ont été faites sur 10 malades, dont 9 atteints de lupus (5 avaient d'atres lésions tuberculeuses) et un d'ulcération gommeuse de la jambe. La dose initiale, qui était de 2^{mg},5, a pu être élevée progressivement jusqu'à 6 centigrammes, sans provoquer aucun symptôme menaçant. Un des malades a reçu au total 977 milligrammes de nucléine.

Presque après chaque injection, il y a eu réaction, et il ne semble pas se faire une accoutumance au médicament comme pour la tuberculine. La température, qui s'est élevée en moyenne un peu au-dessus de 38°, a monté parfois huit à dix heures après l'injection à 39°; l'élévation de température persiste généralement un à deux jours; exceptionnellement elle a fait défaut. Il n'y a pas eu d'autres symptômes pénibles qu'un peu de céphalalgie et d'abattement; pas d'albuminurie. La réaction a en général été surtout manifeste chez les gens amaigris, affaiblis, porteurs de lésions étendues; elle a consisté localement en rougeur et gonflement avec chaleur et endolorissement; la dermatite réactionnelle s'accompagne d'une exsudation modérée.

Du côté du sang, on constate, six à sept heures après l'injection, une augmentation du chiffre des leucocytes, dont le nombre est à celui des hématies comme 1 est à 400 et même à 50.

L'ulcération syphilitique a guéri; les lupus ont été simplement améliorés et on peut croire que l'amélioration aurait été plus considérable si le traitement avait été plus longtemps continué.

En somme la nucléine a, sous la forme d'injections sous-cutanées, une action bien plus énergique que lorsqu'on l'administre par la voie stomacale. LEFLAIVE.

Lupus de la face traité par les greffes cutanées, par LANG (*Soc. vien. de derm.*, 19 *avril* 1893).

L'auteur présente un malade opéré d'un lupus du côté droit de la face et d'une ulcération lupique de la région maxillaire inférieure. L'ulcération lupique fut excisée, les bords en furent suturés et la guérison se fit par première intention. Le tissu lupeux de la face fut excisé profondément et dans toute son étendue; dans la même séance on appliqua sur la plaie des lambeaux de peau pris sur la cuisse. Actuellement le malade est complètement guéri; il n'existe nulle part d'efflorescences lupiques dans la région opérée.

P. MERMET.

I. — 2 Filfade af Kerion celsi, par SLOMANN (*Hospitals Tidende*, 16 *août* 1893).

II. — Kerion Celsi, par JOHANSEN (*Ibid.*, 6 *septembre* 1893).

I. — L'auteur arrive, dans 2 cas observés, à des conclusions totalement différentes de Sabouraud. Pour ce dernier ce sont les espèces macroscopiques du tricophyton qui produisent le kérion; pour l'auteur danois au contraire il s'agit ici des formes microscopiques du parasite.

II. — L'auteur arrive à peu près à des conclusions analogues. Il émet en outre les opinions suivantes : la tricophytie de la race bovine, trans-

mise à l'homme, donne des éruptions qui se distinguent facilement des tricophyties ordinaires qu'on suppose communiquées de l'homme à l'homme ou des petits animaux domestiques à l'homme ; les taches présentent une pigmentation plus brunâtre ; les bords sont formés de vésicules avortées ; le centre est moins desquamant ; les taches sont peu nombreuses et grandissent plus vite jusqu'à former de grandes plaques ovalaires. P. MERMET.

Note sur trois points de l'histoire micrographique des tricophytons, par SABOURAUD (*Ann. de dermat. et de syph., p.* 37, *janvier* 1894).

En étudiant la bibliographie du tricophyton, l'auteur s'est aperçu que la différenciation des espèces tricophytiques par le microscope, différenciation qu'il a nettement établie dans plusieurs travaux antérieurs, avait été énoncée il y a déjà un demi-siècle, et cela par Gruby. Dans trois mémoires successifs à l'Académie des sciences, Gruby décrivait avec précision les trois types tricophytiques suivants, auxquels Sabouraud donne aujourd'hui les dénominations de : 1° tricophyton à grosse spore d'origine animale, situé entre le poil et sa gaine folliculaire (tricophyton megalosporon ectothrix); 2° tricophyton à grosse spore d'origine humaine, situé dans le tissu même du cheveu (tricophyton megalosporon endothrix); 3° tricophyton à petites spores (tricophyton microsporon Audouini).

P. MERMET.

Recherches sur la contagion du favus, par FOLLY (*Archiv f. Derm. u. Syph., XXV, p.* 181, 1893).

D'après quelques cas de contagion sur des infirmières et des enfants observés à la clinique de Kaposi et d'après ses expériences d'inoculation, l'auteur conclut qu'il s'écoule deux à trois semaines avant qu'il ne se produise des modifications inflammatoires au point inoculé. A ce moment il se produit des efflorescences herpétiques et un processus inflammatoire intense dont l'intensité varie et peut aller jusqu'à la suppuration.

F. BALZER.

Zur Behandlung der Alopecia areata, par L. LEISTIKOW (*Monatsh. f. prakt. Dermat., XVIII, n°* 1).

L'auteur a recours à des badigeonnages avec un crayon contenant 30 0/0 de chrysarobine : il a obtenu dans 58 0/0 des cas la guérison, suivie, une fois sur trois, de récidive au bout de quelques semaines ou de quelques mois. H. HALLOPEAU.

Thérapeutique de la lèpre, par DANIELSSEN (*Archiv für Derm. u. Syph., XXVI,* 1).

La méthode d'Unna et Dreckmann a été employée par Danielssen sur un lépreux âgé de 22 ans et dont la maladie avait débuté deux ans auparavant par des nodosités des mains. On prescrivit l'ichthyol à doses progressives, application de pommade pyrogallique à 10 0/0 et de chrysarobine également à 10 0/0. Les nodosités disparurent, mais le malade maigrit et perdit ses forces. Il meurt bientôt de tuberculose pulmonaire. Cette

complication, d'après les observations de Danielssen, se produit souvent quand pour une raison quelconque les nodosités lépreuses disparaissent. Douze autres malades ont été encore traités par la méthode d'Unna et Dreckmann également sans succès. On peut faire disparaître les nodosités, mais la lèpre n'est pas guérie, il n'y a là qu'un simulacre de guérison qu'on peut d'ailleurs obtenir par de nombreux moyens. L'hydroxylamine en applications externes, l'europhène et l'aristol en injections sous cutanées n'ont pas donné de résultats. F. BALZER.

Ein Beitrag zur Histologie der Joddermatitis, par ENGMANN (*Monatsb. f. prakt. Dermatol.*, *XVII*, *n°* 8).

L'auteur formule ainsi qu'il suit les conclusions de son travail :

1° Dans la dermatite iodique, les leucocytes émigrés rentrent en partie dans la circulation, les autres sont détruits ; il n'est pas démontré qu'ils contribuent à la formation du nouveau tissu ;

2° Les cellules fixes du tissu conjonctif subissent, sous l'influence de l'inflammation aiguë, des altérations en partie progressives (hypertrophie du spongioplasma), en parties régressives (œdème simple, dégénération nucléaire) avec destruction de la substance cellulaire ;

3° Sous l'influence de l'inflammation aiguë se forment, par voie de mitose, de nouveaux épithéliums dans la couche épineuse et de nouvelles cellules conjonctives aux dépens des anciennes ;

4° Au déclin de l'inflammation, les cellules conjonctives hypertrophiées et de nouvelle formation reprennent, par simple atrophie, l'aspect de cellules fusiformes ; jamais elles ne se résorbent entièrement consécutivement à une dégénérescence graisseuse ;

5° La substance élastique subit passagèrement dans l'inflammation iodique une atrophie, la substance collagène une tuméfaction œdémateuse. H. HALLOPEAU.

Traitement des affections de la peau, par DE MOLÈNES (2 *vol.*, *Paris*, 1894).

L'auteur étudie successivement le traitement de chaque affection, en adoptant l'ordre alphabétique. A propos de chacune il donne un court exposé clinique dans lequel il résume la nomenclature, les variétés de chaque maladie et les principaux facteurs étiologiques et pathogéniques. Il en déduit les indications fondamentales et établit ensuite les principales médications internes et externes.

De Molènes a su éviter l'écueil des répétitions inutiles, et tout en donnant la nomenclature des affections cutanées, il fait rentrer toute cette terminologie si hérissée dans le cadre d'un petit nombre de maladies dont il donne une étude thérapeutique complète. Mais il ne se borne pas au traitement des maladies, il consacre un certain nombre de chapitres à diverses méthodes nouvelles et aux agents de traitement les plus importants ou les moins connus. Un ouvrage tel que celui de de Molènes échappe à l'analyse, et nous ne pouvons ici que louer l'auteur de la clairvoyance et du soin avec lequel il a su choisir entre toutes les nombreuses formules de la pharmacopée dermatologique. C'est un livre concis et clair écrit par un médecin expérimenté et au courant de tous les progrès contemporains. F. BALZER.

Beitrag zur Kenntniss der Gewichtsverhältnisse bei Syphilis der Frauen und Kinder, par FÜRST (*Monatsb. f. prakt. Dermat., XV, p.* 421).

Dépouillant les observations du service d'Engel Reinpers, de 1885 à 1891, l'auteur arrive aux conclusions suivantes sur les rapports de poids des femmes et des enfants syphilitiques : 1° l'apparition de la syphilis chez les femmes et les enfants ne paraît pas entraîner une diminution dans le poids du corps ; 2° sur 1,800 femmes et enfants syphilitiques observés on remarque plutôt une augmentation qu'une diminution de poids ; 3° chez les sujets mercurialisés le nombre de ceux dont le poids n'a pas varié est relativement considérable ; 4° quand il y a augmentation de poids les différences sont beaucoup plus considérables que s'il y a diminution. P. MERMET.

Roseola recidiv 29 Jahre nach der Infection (Roséole survenant 29 ans après l'infection), par ZEISSL (*Wiener med. Presse,* 15 *janvier* 1893).

En 1856, X. contracte la syphilis et suit le traitement mercuriel. Pas de manifestations spécifiques jusqu'en 1885 où le corps se couvre d'une syphilide à grosses macules, symétriquement groupées ; de 1885 à 1890, apparition de plaques muqueuses à la langue, à la lèvre inférieure, éruption spécifique en corymbe à l'angle de l'omoplate droite et au mollet droit. Traitement mixte ; depuis 1890, la syphilis est demeurée silencieuse. Zeissl, qui a continuellement observé le malade, tient le cas non pour une réinfection mais pour une manifestation tardive de la syphilis sous forme de syphilides. CART.

Manifestations testiculaires de la syphilis héréditaire, par TAYLOR (*The Amer. assoc. of gen.-urin. surg.* 21 *juin* 1893).

La syphilis testiculaire est une des rares manifestations de la syphilis héréditaire. On peut l'observer dès les premiers jours de la naissance, le plus souvent elle se manifeste de 6 mois à un an. Elle atteint surtout les testicules, plus rarement l'épididyme, jamais le canal déférent ; elle est toujours ou presque toujours bilatérale. Elle se développe d'une manière lente et insidieuse par des douleurs vagues, et rien n'attire l'attention du côté du testicule jusqu'à ce que l'hypertrophie de l'organe soit manifeste. Le testicule a la grosseur d'une noisette ou d'un œuf de pigeon, une forme ovoïde ; une consistance moins franchement ligneuse que chez l'adulte ; il est indolent et pesant. Les altérations de l'épididyme sont variables ; il est pris en partie ou en totalité et peut être douloureux à la pression. L'atrophie est l'aboutissant ordinaire de ces lésions ; le fongus est rare ; parfois on observe un abcès ou la nécrose du testicule ; l'hydrocèle est une complication assez fréquente. Le diagnostic avec la tuberculose testiculaire sera fait par la bilatéralité des lésions, leur localisation presque exclusive au testicule, l'intégrité de la prostate et des vésicules séminales. Un traitement énergique, général et local, enraye la marche des lésions ; la castration est rarement indiquée. P. MERMET.

Om hjärnsyphilis, dess frekvens kronalgie etiologi och prognos, par HJELMANN (*Helsingfors, p.* 160, 1892).

L'auteur dans ses recherches sur la syphilis tertiaire a trouvé les manifestations syphilitiques dans les proportions de fréquence décroissante suivantes : affections de la peau, du pharynx et du palais, du tissu

osseux, du nez, du cerveau, du larynx et de la trachée, des organes génitaux, du foie, de l'appareil de la vision, de la moelle épinière, des muqueuses diverses, des articulations. Il a notamment étudié les cas de syphilis tertiaire du système nerveux. Les formes précoces de la syphilis cérébrale sont les plus fréquentes ; plus du quart des cas se déclarent dans la première année de la syphilis et la moitié presque pendant les premières années. L'âge n'exerce aucune influence ; 63,5 0/0 étaient des hommes ; la plupart n'avaient suivi aucun traitement avant l'apparition des accidents cérébraux. Le surmenage, les émotions psychiques, les excès sexuels ou alcooliques, l'hérédité nerveuse sont les causes prédominantes de la localisation cérébrale de la syphilis. Le pronostic est très variable mais en général est très défavorable. On note 30 0/0 de morts, 13 0/0 d'états chroniques, 25 0/0 d'améliorations et seulement 24 0/0 de guérisons. La mort survint dans les 6 premiers mois chez un quart des malades, dans les deux premières années chez la moitié. L'âge du malade, la durée de la période antérieure aux accidents cérébraux, les traitements antérieurs sont sans influence sur le pronostic. P. MERMET.

De la syphilis médullaire, par P. MARIE (*Semaine méd.*, *n°* 5, 1893).

La syphilis médullaire constitue une manifestation assez fréquente de la syphilis nerveuse ; mais on doit ici faire des distinctions, et les statistiques nous montrent que si on prend en bloc la syphilis médullaire (tabes et altérations spinales de la paralysie générale), cette fréquence est extrême, que si au contraire on étudie séparément le tabes et la paralysie générale, le pourcentage baisse notablement, que si enfin on considère les cas où la syphilis atteint conjointement la moelle et le cerveau, on constate que ceux-ci sont de beaucoup les moins fréquents. L'époque des manifestations est surtout les quatre premières années qui suivent le chancre : d'où cette conclusion que la syphilis médullaire surviendrait plus tôt que la syphilis cérébrale. Elle frappe surtout les hommes, entre 20 et 40 ans, les sujets ayant présenté dès le début des accidents graves et s'étant mal soignés. Le traumatisme, les excès vénériens ou autres, les fatigues, les émotions morales jouent souvent le rôle de causes occasionnelles. Ses formes sont ou aiguës ou chroniques ; celles-ci sont incontestablement les plus fréquentes. Parmi les formes aiguës, citons : la forme à aspect clinique analogue à celui des myélites transverses, la paralysie ascendante aiguë syphilitique de Landry, l'analgésie syphilitique secondaire de Fournier ; parmi les formes chroniques : le type à syndrome de Brown-Séquard, la sclérose multiloculaire diffuse de Marie, la myélite transverse syphilitique de Charcot. P. MERMET.

Zur Kenntniss der Lungensyphilis (Contribution à la connaissance de la syphilis pulmonaire), par PETERSEN (*Münch. med. Woch.*, *n°* 39, *p.* 725, 1893).

Femme de 33 ans, ayant eu il y a 3 ans une ulcération de la cuisse qui guérit par le mercure. En 1892, au printemps, elle est prise de pleurésie droite. Au milieu de novembre il survint 4 accès de suffocation. On diagnostique une sténose trachéale par goitre. Trachéotomie, mort 4 heures après. Le diagnostic anatomique fut le suivant : sténoses cicatricielles syphilitiques des deux bronches ; gommes pulmonaires des lobes inférieur et moyen droits ; pneumonie interstitielle à droite ; hépatite interstitielle ; périhépatite, pelvi-

péritonite adhésive ; pleurésie adhésive bilatérale. Des lésions de pneumonie par inhalation paraissent avoir déterminé la mort. L'examen histologique montra la nature syphilitique des gommes et des scléroses pulmonaires, et l'absence de bacille de la tuberculose dans ces lésions. C. LUZET.

Deux cas de glossite exfoliatrice marginée, par GASTOU (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 18 *janvier* 1893).

L'histoire clinique de ces deux enfants ne présente rien de bien particulier; on rencontre là deux cas types de glossite exfoliatrice. Plus intéressante est chez eux l'étiologie de cette affection ; car tous deux offrent des antécédents syphilitiques héréditaires certains ; le premier, né de père et de mère syphilitiques, présente de plus des déformations dentaires manifestes ; le second, a pour mère une hérédo-syphilitique, probablement de souche maternelle, chez qui on trouve des altérations osseuses, auriculaires, oculaires, des malformations dentaires, une polymortalité infantile et des troubles pigmentaires.

Dans ces deux observations, on ne note qu'une cause occasionnelle possible, capable d'avoir pu produire la maladie : l'altération dentaire et les troubles qui peuvent en résulter, et qu'une cause prédisposante : la syphilis héréditaire. Aussi, sans préjuger la nature de la maladie, l'auteur se croit-il autorisé à les rapprocher du groupe des affections parasyphilitiques de Fournier. P. MERMET.

Sur une production gommeuse à la périphérie d'une cicatrice chancreuse du menton simulant une récidive, par HALLOPEAU (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 14 *décembre* 1893).

Homme de 45 ans, ayant contracté, il y a 2 ans, un chancre induré qui siégeait au menton, au-dessous de la lèvre inférieure, du côté gauche. Après plusieurs accidents graves secondaires et tertiaires, apparut en novembre dernier une induration scléro-gommeuse, occupant la périphérie de la cicatrice qu'avait laissée le chancre, exactement arrondie à sa périphérie, déprimée au centre, de coloration rosée, de consistance ferme, ne s'accompagnant pas d'adénopathies de voisinage ; rétrocession lente par le traitement. Il s'agit ici d'un syphilome tertiaire *in situ*, d'un réveil local du virus syphilitique, qui, si l'on n'avait eu les antécédents du malade et les symptômes concomitants, aurait pu être confondu avec un chancre induré. P. MERMET.

Clavi syphilitici, par LEWIN (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, *XXV*, 1, 1893).

Sous le nom de clavi ou cors syphilitique, Lewin décrit des syphilides cornées qui siègent principalement à la paume des mains, plus rarement à la plante des pieds et aux faces latérales des doigts et des orteils. Elles forment une masse épidermique, dure, enclavée dans la peau, qui se développe sur une tache érythémateuse brunâtre dont l'épiderme s'épaissit et s'indure. Ces clavi diffèrent des vrais cors en ce qu'ils ne siègent pas exclusivement au niveau des saillies cartilagineuses ou osseuses. Ils ne dépendent pas de la nature des occupations des malades et les causes traumatiques n'y sont pour rien. Ils appartiennent à la période secondaire et s'observent en même temps que les syphilides maculeuse et papuleuse. Ils disparaissent par les injections de sublimé.

F. BALZER.

Albuminurie syphilitique et chancre de l'abdomen, par GASTOU (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 14 *décembre* 1893).

Homme de 47 ans, alcoolique, sans antécédents bien intéressants, entre à

Saint-Louis pour un chancre géant de la paroi abdominale ; ce chancre s'est développé au niveau d'une lésion de grattage, suite de phthiriase. Bientôt après roséole confirmant le diagnostic. En même temps, symptômes de brightisme : anasarque généralisée, légère ascite et épanchement pleural peu abondant, modifications des urines : urines troubles, rouges et rares, contenant 1 gr 57 d'albumine par litre et quelques rares cylindres granuleux. Sous l'influence du régime lacté et du traitement ioduré (3 grammes de KI par jour), les symptômes brightiques disparurent et la quantité d'albumine tomba à 0gr. 30 par litre. En raison de l'absence de tout accident rénal antérieur, de l'époque d'apparition des symptômes et de leur marche régressive avec le traitement spécifique, l'auteur se crut autorisé à porter le diagnostic de néphrite secondaire précoce. P. MERMET.

L'emploi du traitement dit mixte est-il indispensable dans la syphilis tertiaire? par PETRINI (de Galatz) (*Broch. in*-8°, *Paris*, 1892).

Petrini rapporte 44 observations de syphilis tertiaire traités uniquement par les préparations mercurielles et par les toniques. Il conclut de ces faits que le mercure agit mieux et plus sûrement que l'iodure ; il pense même que l'iodure peut entraver jusqu'à un certain point le pouvoir résolutif et parasiticide du mercure, lorsqu'on l'administre en même temps que ce dernier. GEORGES TRIBIERGE.

I. — Dell iniezioni endovenose di sublimato nella sifilide, par CAMPANA (*La Riforma medica, p.* 14, 3 *juillet* 1893).

II. — Sull' uso del sublimato corrosivo per iniezioni endovenosa, par JEMMA (*Ibid., p.* 159, 18 *juillet* 1893).

I. — Campana ne reconnaît pas aux injections intra-veineuses de sublimé employées contre la syphilis les avantages que présentent les injections intra-veineuses contre l'impaludisme suivant la méthode de Baccelli. Il a échoué chez deux malades et trouvé de plus la médication fort dangereuse.

II. — Tout autre est l'opinion de Jemma qui l'a expérimentée sur une plus grande échelle et en proclame les bienfaits. Comme le précédent, il fait l'injection dans la veine céphalique au pli du coude et se sert d'une solution aqueuse de sublimé au millième additionnée d'une petite quantité de chlorure de sodium et d'alcool. Jamais sur plus de 300 injections il n'a eu un seul accident. Tous ces malades ont été fort améliorés et il conclut que cette méthode est plus rapidement active que tous les autres modes d'administration du mercure et permet d'obtenir l'effet maximum avec la dose minima de médicament. P. MERMET.

Ein Fall von Intoxication nach Injection von Oleum cinereum, par KLIEN (*Deutsche med. Woch., n°* 31, *p.* 745, 1893).

Un cocher de 26 ans, syphilisé en janvier 1891, subit, à partir du 8 mai, 2 ou 3 injections d'huile grise par semaine. Dès le 1er juin on ne lui fait plus qu'une seule injection par semaine. En tout 14 ou 15 injections. Violente stomatite nécessitant l'interruption du traitement.

Le 18 juillet, il entre à l'hôpital pour y succomber le 23 juillet. On a constaté dès l'abord l'amaigrissement, la cachexie, l'albuminurie, la présence des cylindres dans l'urine, la diarrhée.

A l'autopsie, nécrose profonde de la muqueuse du gros intestin et d'une partie de l'iléon; catarrhe atrophique de l'estomac ; gangrène de la bouche ; néphrite très intense avec dépôts calcaires de la substance corticale. On trouve en outre des abcès dans les muscles fessiers ; c'est là qu'ont été pratiquées les injections. L. GALLIARD.

I. — Granuloma mercuriale, par ROTH (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte n°* 13, *p.* 626, 15 *septembre* 1893).

II. — Discussion à la Société médicale de Bâle (*Ibid.*, *p.* 627).

I. — Homme de 25 ans auquel on avait fait, dans le cours de décembre 1892, 3 injections d'huile grise dans les muscles fessiers. Mort 3 mois plus tard par hydrargyrisme : stomatite gangréneuse, colite, etc. Les fessiers droit et gauche offraient une tumeur indurée longue de 6 centimètres et épaisse de 2 à 3. A la coupe, ces tumeurs étaient marbrées de jaune, de rouge et de blanc gris; au niveau des parties, jaune soufre, un peu proéminentes, on distinguait des globules de mercure. La teinte jaune était due à une grande quantité de grosses cellules granulaires entourées d'un tissu de granulations très vasculaires et présentant par places des hémorragies; en dehors de ce tissu, se voyait du tissu conjonctif dense contenant du pigment granuleux. Les fibres musculaires offraient de la prolifération des noyaux, de l'atrophie simple et de la dégénération graisseuse. Sous le microscope, on reconnaissait du mercure à l'état plus ou moins divisé, des masses de graisse et enfin un mélange des deux. Le mercure se trouvait en partie sous forme de paillettes cristallines noires, en partie à l'état de régule à l'intérieur des cellules. Les tumeurs avaient l'aspect de celles de l'actinomycose et s'en distinguaient surtout par l'absence de pus.

II. — Immermann déconseille de traiter les syphilitiques par les injections d'huile grise ; il a vu lui-même un empoisonnement mortel et plusieurs cas de stomatite grave, par ce mode de traitement.

Massini, au contraire, tout en reconnaissant qu'il faut agir avec prudence, et ne recourir à ce traitement que chez les individus robustes et à reins fonctionnant bien, ne saurait se passer des injections d'huile grise qu'il considère comme le procédé à cure, à la fois le plus rapide, le plus sûr et le plus commode pour les malades. Jamais il n'a eu de symptômes graves d'hydrargyrisme. Le séjour prolongé du mercure dans l'économie est précisément une sérieuse garantie contre les récidives que ne donnent pas les sels mercuriels solubles. Un mois après la fin du traitement par l'huile grise, Massini a vu survenir une stomatite, à l'occasion d'efforts corporels violents. J. B.

La blennorragie chez la femme, par VERCHÈRE (2 *vol.*, *Paris*, 1894).

Le premier volume comprend l'étiologie et l'étude clinique de la blennoragie chez la femme. On peut dire que cette première partie de l'ouvrage de Verchère comble une lacune de la littérature médicale, car la blennorragie de la femme, limitée aux organes extérieurs est toujours traitée d'une manière assez brève dans les livres de gynécologie qui développent surtout l'étude consacrée aux complications profondes de la maladie. L'auteur décrit successivement la blennorragie aiguë et ses diverses localisations vaginale, urétrale et utérine, puis la blennorragie vulvaire chronique avec ses formes folliculaires, la bartholinite, la préurétrite folliculaire. Il insiste notamment sur l'urétrite chronique

et ses variétés les mieux connues, urétrocèle vaginale, urétrite proliférante et fibreuse ; le traitement est développé minutieusement. Il en est de même pour la cystite pour laquelle l'auteur utilise particulièrement les intéressantes recherches de Reblaub.

Dans le second volume sont décrites la blennorragie utérine, ses propagations du côté de l'ovaire, des trompes, du péritoine, la blennorragie ano-rectale et enfin les complications. Cet ouvrage excellent se termine par un intéressant chapitre consacré au pronostic et à la prophylaxie de la blennorragie féminine, prophylaxie individuelle, matrimoniale et sociale. Il montre que la blennorragie est un véritable danger social et que l'attention de tous doit être fixée sur elle au moins autant que sur la syphilis. F. BALZER.

Précis des maladies blennorragiques, par AUDRY (*in* 8° *Paris*, 1894).

L'auteur a divisé son livre en deux parties : la première comprend les affections blennorragiques secondaires à l'action locale, soit du gonocoque, soit des microbes pathogènes associés, agissant sur le foyer d'inoculation ou sur les organes en continuité anatomique avec le précédent, affections résultant soit de l'inoculation, soit de la propagation. Cette partie comprend la blennorragie urétrale, les cystites et pyélonéphrites, les prostatites, l'épididymite, la péritonite, etc. L'auteur décrit ensuite la blennorragie uro-génitale de la femme avec ses complications salpingo-péritonéales et la blennorragie uro-génitale des enfants. Une section est consacrée aux localisations buccale et nasale, ano-rectale et ophtalmique. La seconde partie comprend les manifestions dues à l'action d'agents pathogènes emportés par la circulation, véritables métastases blennorragiques, sinon toujours gonococciques : ce sont les infections blennorragiques.

L'ouvrage se termine par des considérations de prophylaxie relatives au mariage des blennorragiques. L'auteur croit que la syphilis cause moins de ravages et influe d'une façon moins lamentable sur la dépopulation. Nous sommes loin, comme on le voit, de l'époque ou nos prédécesseurs conseillaient le mariage pour faire cesser la goutte militaire. L'examen microscopique répété des sécrétions et la désinfection aussi complète que possible du canal, tels doivent être pour eux les préliminaires du mariage. L'excellent ouvrage d'Audry contribuera non seulement à la vulgarisation des récents progrès accomplis dans l'étude et le traitement de la blennorragie, il mettra aussi en évidence les redoutables conséquences d'une infection jadis prétexte à plaisanteries, justement considérée aujourd'hui comme l'une des plus dangereuses pour l'individu et pour l'espèce. F. BALZER.

Le gonocoque, par BOSC (*Thèse de Montpellier*, 1893).

Le gonocoque de Neisser est la cause de la blennorragie ; inoculé, il cause cette maladie dans laquelle on le rencontre toujours et il doit en être considéré comme l'agent causal. Il ne se cultive pas exclusivement sur le sérum humain et l'auteur admet que l'on peut le cultiver sur gélose, gélatine, bouillon, pomme de terre. L'inoculation aux animaux

a été infructueuse jusqu'à ce jour. Le diagnostic du gonocoque est toujours possible chez l'homme. Chez la femme, il faut être plus réservé surtout pour les cas de médecine légale. On doit se méfier de toute recherche directe effectuée sur des taches souillant du papier ou du linge et la rejeter absolument pour peu que les taches ne soient plus fraîches; jusqu'à plus ample informé, on ne peut prendre aucune conclusion, pas plus affirmative qu'infirmative, au sujet des cultures obtenues avec des taches de pus blennorragique. Le gonocoque n'envahit jamais la totalité de l'organisme pour constituer une véritable maladie infectieuse. Il peut seulement, par l'affaiblissement général dont il est cause, permettre des infections secondaires qui, par leurs manifestations multiples, donnent au point de vue clinique le tableau d'une maladie générale. A côté de l'urétrite blennorragique, il y a lieu de décrire des urétrites de natures diverses (syphilitique, bactérienne d'Aubert, menstruelle, leucorrhéique, tuberculeuse, diabétique, chimique, etc.) La méthode de Gram-Roux donnant un peu plus de 5 0/0 d'erreurs doit être rejetée en médecine légale comme moyen unique de diagnostic. Une bibliographie très développée termine cet intéressant travail. F. BALZER.

Le gonococcus de Neisser au service sanitaire de Lyon; étude sur la blennorragie de la femme, par CARRY (*Lyon méd.*, 14 *janvier* 1894).

C. montre par une série d'observations faites pendant 4 années chez les femmes inscrites au service sanitaire (150 en maison, 400 libres) qu'on ne peut affirmer la blennorragie qu'après l'examen micrographique. En 4 ans il a fait 327 examens chez 278 filles ayant des écoulements suspects; il a trouvé le gonocoque 94 fois.

Comme détail, sur ces 327 examens, 196 écoulements urétraux ont donné 69 résultats positifs; 102 écoulements utérins, 18 positifs. L'urètre et l'utérus sont donc le siège d'élection de la blennorragie. Viennent ensuite les glandes de Bartholin, 15 cas, 4 positifs; les follicules périurétraux, 7 cas, 1 positif; le vagin 6 cas, 2 positifs. Chez les prostituées, la vaginite blennorragique aiguë est des plus rares.

C. insiste pour que tout examen soit accompagné d'une recherche bactériologique qui ne demande que peu de temps. Il entre dans les détails de la technique suivant qu'on a affaire à tel ou tel genre de sécrétion, conseille comme colorant le violet de méthyle: il demande, en terminant, que la recherche du gonocoque se fasse d'une façon systématique dans les services sanitaires. A. CARTAZ.

Urogenital Blennorhæa in Children. Vulvo-vaginitis in girls. Urethritis in boys, par KOPLIK (*Journ. of cutan. and gen.-urin. diseases, juin-juillet* 1893).

Au point de vue clinique on peut distinguer d'après l'auteur trois groupes de faits englobés sous la dénomination de vulvo-vaginite des petites filles : 1° une inflammation simple de la muqueuse vulvaire et urétrale due presque toujours à la malpropreté; 2° un catarrhe simple de l'urètre et du vagin qui simule tout à fait la vraie blennorragie; 3° un catarrhe spécifique de ces régions qui constitue la blennorragie et est le type de la vulvo-vaginite classique, pouvant tout comme la blennorragie de l'adulte s'accompagner de rhumatismes et de conjonctivites.

Les éléments pathogènes de ces écoulements sont variés ; dans les catarrhes vaginaux simples l'auteur a trouvé un diplococcus en cultures presque pures ne se décolorant pas par le Gram, de dimensions égales au gonococcus, cultivable sur les milieux liquides et solides habituels ; dans les vulvo-vaginites blennorragiques l'auteur a isolé, outre le gonococcus, 2 autres diplococci de dimensions supérieures à celles du précédent, cultivables contrairement à lui sur l'agar et la pomme de terre. Les recherches étiologiques de K. l'ont amené à admettre le mode d'infection reconnu par tous les auteurs. Comme traitement, il préconise les lavages au sublimé au 1/5,000 et les attouchements au nitrate d'argent au 1/10. P. MERMET.

Etiologie et nature de l'urétrite catarrhale survenant chez les enfants du sexe masculin, par RONA (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, *XXV*, 1 *et* 2).

L'auteur rapporte deux observations qui montrent que cette urétrite peut être de nature blennorragique et comparable à celle de l'adulte. Elle évolue de la même manière et son pronostic est sérieux. L'auteur croit plutôt à l'origine blennorragique qu'à l'étiologie par masturbation ou par introduction de corps étrangers ou par sortie de calculs urinaires ; toutefois, dans certains cas, l'origine de l'urétrite est incertaine.

F. BALZER.

Myocardite blennorragique, par COUNCILMAN (*The Americ. j. of the med. sc.*, *p.* 277, *septembre* 1893).

Pendant le cours d'une blennorragie aiguë se montrèrent des symptômes cardiaques, peu de temps après le début de l'écoulement. Les lésions, par leurs caractères généraux, ne présentaient pas la marche de celles amenées par les microorganismes du pus. La péricardite n'était nullement semblable à aucune forme de péri ou de myocardite amenée par d'autres microorganismes. Il y avait une absence totale d'exsudat fibrineux. On ne trouvait que des dégénérescences variées de tissus et de la mortification avec infiltration purulente, accompagnant une réaction plus ou moins étendue des tissus où se produisaient de véritables granulations. Dans le genou, le processus était aussi spécial et caractérisé par la formation d'un tissu de granulation avec dégénérescence mucoïde des cellules. La présence de ce mucus donnait à la suppuration articulaire un aspect visqueux et gélatineux. La lésion était superficielle, avec perte plus ou moins complète de l'épithélium et infiltration purulente. On ne trouvait pas de gonocoques dans la profondeur des tissus.

L'auteur dans le cas particulier discute les deux opinions en présence, à savoir si les complications de la blennorragie sont dues à une infection mixte ou au gonocoque seul, et conclut, d'après l'examen micrographique et bactériologique, que l'infection chez son malade est beaucoup plus probablement gonorréique sans infection purulente. F. VERCHÈRE.

Zur Endocarditis gonorrhoica (Endocardite gonorréique), par WILMS (*Münch. med. Woch.*, *n°* 40, 745, 1893).

Bien qu'ayant vu dans les végétations d'une endocardite consécutive à

la blennorragie des diplocoques présentant la même forme et la même réaction vis-à-vis de la solution de Gram que le gonocoque de Neisser, Wilms ne croit pas qu'il soit prouvé qu'il ait bien eu affaire à de véritables gonocoques. Pour lui le gonocoque ne peut causer d'endocardite maligne, pas plus qu'il ne provoque ailleurs de processus ulcéreux. Les complications de la chaudepisse, à l'exception des faux abcès, sont dues à des infections secondaires par d'autres coques, facilitées par les injections et autres interventions manuelles, que l'on emploie aujourd'hui dans la thérapeutique de la blennorragie. C. LUZET.

Gonorrhoea : two instances followed respectively by ulcerative endocarditis, prostatic abcesses, thrombo-phlebitis and septic pulmonary infarcts, par HEKTOEN (*Chicago Pathol. Soc.*, 10 *octobre* 1893).

Homme de 28 ans, contusions multiples mais peu graves sur le corps. En traitement à l'hôpital pour ces lésions : réveil d'une blennorragie ancienne, mort avec des phénomènes cardiaques. Autopsie : endocardie ulcéreuse des valvules aortiques, perforation de l'auricule droit ; endocardite chronique de l'aorte et de la mitrale ; dilatation et hypertrophie du cœur ; symphyse cardiaque et pleurésie ; néphrite aiguë, blennorragie. Examen bactériologique des valvules de l'aorte : on trouve des cocci rangés par rang de 4 et de plus, dont quelques-uns dans l'intérieur des cellules du pus, mais se trouvant plus généralement parmi les granulations fibrineuses et entre les cellules de pus. Les streptocoques, traités par la méthode de Gram, conservent leur coloration. Conclusion : infection mixte.

Homme de 40 ans, alcoolique, mort avec des phénomènes broncho-pulmonaires. Autopsie : nombreux infractus pulmonaires septiques ; abcès prostatiques multiples et thrombo-plébite ; urétrite purulente, vieux foyers hémorragiques dans la région frontale de l'hémisphère gauche. Rien au cœur. On fit des préparations bactériologiques du pus des abcès prostatiques, des infarctus pulmonaires, de l'urètre, et on acquit ainsi la preuve que les métastases n'étaient point d'origine gonococcique mais bien streptococcique. Infection mixte. CART.

Manifestations rénales de l'infection blennorragique, par BALZER et JACQUINET (*Semaine méd.*, *n°* 52, *p.* 411, 1893).

Revenant sur des travaux antérieurs et les complétant par de nouvelles recherches, les auteurs montrent la fréquence de l'albuminurie dans la blennorragie (17 0/0 des cas environ), fréquence plus grande pour les blennorragies compliquées d'orchite, de cystite. Il existe deux modes pathogéniques très-distincts de cette albuminurie : l'un dans lequel la blennorragie se propageant par contiguité envahit les voies urinaires supérieures et provoque l'urétro-cysto-pyélo-néphrite, c'est l'albuminurie par infection locale ascendante, probablement souvent due à des infections secondaires non gonococciques ; l'autre dans lequel l'albuminurie est due à l'infection générale par l'intermédiaire de la circulation, qu'il s'agisse pour expliquer la lésion rénale soit du gonocoque, soit du colibacille. A ces deux modes pathogéniques correspondent deux formes cliniques différentes : dans la néphrite ascendante, débutant généralement au cours d'une cystite, c'est à une pyélo-néphrite qu'on a affaire, se caractérisant par des douleurs lombaires, de la pyurie et polyurie, albumine abondante et sédiments urinaires, accompagnée d'embarras

gastrique et de symptômes généraux plus ou moins intenses ; dans la néphrite par infection générale on peut observer deux types distincts selon qu'il y a de la néphropyélite, ou bien selon qu'il n'y a ni pyélite ni suppuration. La forme non suppurative la plus fréquente présente des cas légers où l'albumine est le seul symptôme, et des cas graves pouvant revêtir même la symptomatologie du mal de Bright. Dans tous les cas le traitement est le même, et les alcalins et le régime lacté en sont les bases. P. MERMET.

Des urétrites postérieures et leurs complications, par INGRIA (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXVIII*, 4, 1893).

L'auteur a observé 390 malades sur lesquels 228 présentaient l'extension de la blennorragie à l'urètre postérieur, savoir : 42,5 0/0 dans la première semaine ; 67,21 0/0 dans la seconde, 61,22 0/0 dans la troisième ; 91,11 0/0 dans la quatrième ; 73,33 0/0 dans la cinquième et 62,68 0/0 dans la sixième. Sur 133 cas d'urétrite chronique, l'urètre postérieur fut envahi 54,88 fois 0/0. L'auteur estime qu'en moyenne cela fait 58,47 0/0 des cas. L'épididymite est la complication la plus fréquente ; elle a lieu surtout dans la troisième ou la quatrième semaine ; l'auteur l'a observée dans 11,53 0/0 des cas. La cystite a été observée 20 fois dans la statistique totale. F. BALZER.

Gangrène des deux testicules compliquant une blennorragie, par BOGDAN (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 16 *novembre* 1893).

Malade de 52 ans, atteint depuis 24 ans de blennorrée. En février 1892, sans cause connue, la blennorrée prit subitement une forme aiguë, se transforma en blennorragie vraie. Deux ou trois jours après cette réapparition de l'écoulement, douleurs dans le testicule gauche qui se tuméfie, devient dur et rougit sur quelques points. En même temps que l'apparition de ces phénomènes d'orchite, suppression de l'écoulement. Malgré un traitement énergique, les douleurs s'accrurent, le testicule augmenta de volume, le scrotum rouge et tendu s'ulcéra en un point et laissa écouler une certaine quantité de pus et une partie de la substance testiculaire. A partir de ce moment, détente des accidents et bientôt guérison et réapparition de l'écoulement. 15 jours après, mêmes phénomènes du côté du testicule droit : orchite, sphacèle du scrotum et élimination. Guérison rapide comme précédemment. P. MERMET.

L'ichthyol dans le traitement de la blennorragie, par COLOMBINI (*Giorn. ital delle mal. vener.*, *XXVIII*, 4, 1893).

Une solution d'ichthyol à 20 0/0 empêche la culture du gonocoque, une solution à 3 0/0 la retarde. Même action pour les staphylocoques doré et blanc dont la culture est arrêtée par une solution à 4 0/0. En s'appuyant sur ces données l'auteur a essayé l'ichthyol sur 110 malades dont 30 femmes. Sur 80 cas, 7 seulement résistèrent au traitement. L'auteur se servait de solutions de 1 à 8 0/0. Les femmes guérirent toutes : l'auteur a employé des tampons de glycérine de 5 à 10 0/0 ou des pommades de 10 à 15 0/0 ; pour l'urètre des injections avec des solutions de 5 à 10 0/0 ; pour l'endométrite, des tampons de glycérine à 10 0/0. F. BALZER.

Inoculations expérimentales de la blennorragie. Traitement préventif et abortif, par BOUREAU (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 16 *novembre* 1893).

L'auteur pense avoir découvert un traitement à la fois prophylactique et curatif de la blennorragie. Comme traitement curatif, une fois l'écoulement établi, il conseille les pansements et les lavages antiseptiques urétraux combinés ; comme traitement préventif, il emploie un porte-topique spécial, avec une mèche cylindrique, enduite de vaseline sublimée au millième, introduite dans l'urètre à une profondeur de 4 à 6 centimètres, et laissée en place pendant un temps variable, 6 heures environ. Chez quatre individus inoculés, il n'a pu, à un moment quelconque, constater le moindre écoulement ; ce traitement préventif serait donc infaillible. Mais, comme l'a fait judicieusement remarquer Fournier, il ne s'agit pas ici d'un traitement abortif, mais bien plutôt pré-abortif, l'auteur pratiquant sa prétendue abortion de la chaudepisse 12 heures après l'inoculation, alors que la maladie n'apparaît réglementairement que seulement 4 à 5 jours après. P. MERMET.

Contribution à l'étude du chancre mou céphalique, par JEANSELME (*Gaz. hebd. Paris*, *p.* 381, 9 *décembre* 1893).

Un homme de 47 ans, 5 jours après un coït suspect, ressent au menton une démangeaison ; là il se développe une saillie papuleuse surmontée d'une ulcération ; sur la couronne du gland il survient plusieurs ulcérations semblables.

L'ulcération mentonnière tant par elle-même que par son adénopathie a tous les caractères d'un chancre mou. Le malade observé pendant 75 jours ne présente aucun symptôme de syphilis.

L'inoculation à un bras du chancre du menton, et à l'autre des chancres de la verge donne lieu à des chancres mous identiques. Toutes les ulcérations, y compris celles consécutives aux inoculations expérimentales, contenaient le bacille pathognomonique du chancre mou. LEFLAIVE.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

L'idiotie, hérédité et dégénérescence mentale, psychologie et éducation de l'idiot, par Jules VOISIN (*vol. in*-12, *Paris*, 1893).

Cette étude sur l'idiotie est le résumé d'une série de leçons faites à la Salpêtrière.

Voisin prend comme point de départ les lois de l'hérédité en général et de l'hérédité morbide en particulier, ainsi que les causes de la dégénérescence mentale dont l'idiotie est le dernier degré.

Choisissant ses exemples parmi les différents types d'idiots de son service, dont les photographies démonstratives sont reproduites dans ce volume, il examine leurs instincts, leur sentiments, leurs lueurs d'intel-

ligence et de volonté, ainsi que leurs caractères physiques. De là, il passe à l'éducation et au traitement qui doivent être appliqués à ces déshérités, pour qu'ils cessent d'être à charge à tous, et qu'ils deviennent utiles à eux-mêmes et à la société. A. C.

Du traitement chirurgical et médico-pédagogique des enfants idiots et arriérés, par BOURNEVILLE (*Progrès méd.*, 24 *juin* 1893).

Bourneville publie vingt-deux observations d'enfants atteints d'idiotie symptomatique : 1° de l'hydrocéphalie, 2° de la microcéphalie, 3° d'un arrêt de développement des circonvolutions, 4° d'une malformation congénitale du cerveau (porencéphalie, etc.) ou pathologique (pseudo-kystes, foyers vitreux, etc.), 5° de sclérose hypertrophique ou tubéreuse, 6° de sclérose atrophique, 7° de méningite ou de méningo-encéphalite chronique, 8° de cachexie pachydermique, 9° de tumeurs de l'encéphale.

Ces vingt-deux observations ont été recueillies en une année et le musée de Bicêtre contient 350 crânes provenant surtout d'enfants idiots. Or, en général, chez ces enfants il n'y a pas de synostose prématurée des sutures, pas même dans les crânes des 3 enfants craniectomisés. Comme on ne peut sur le vivant reconnaître l'état exact des sutures et l'épaisseur du crâne, il s'en suit que la craniectomie est pratiquée au hasard, et l'on voit, après coup, que la brèche osseuse ne donne pas au cerveau une grande liberté d'expansion. Donc la craniectomie n'a pas grande valeur contre l'idiotie.

Par opposition, Bourneville donne les résultats du traitement médical hygiénique et pédagogique sur les enfants idiots ou imbéciles. On leur enseigne les moindres mouvements, on tâche de développer leurs sens, on matérialise le plus possible l'enseignement, on recourt aux douches, à l'hydrothérapie et, dès que l'enfant est en état, à des travaux manuels de métiers simples, rempaillage, vannerie, cordonnerie, menuiserie, etc. Bourneville a recueilli leurs photographies et leurs cahiers scolaires.

Il conclut que le traitement chirurgical souvent dangereux (15 décès sur 83 cas) donne des résultats nuls ou illusoires et que l'on doit s'en tenir au traitement médical. H. L.

L'idiotie et l'imbécillité au point de vue nosographique, par Paul SOLLIER (*Arch. de neurol.*, *p.* 33, *janvier* 1894).

L'idiotie et l'imbécillité sont deux choses absolument distinctes et non les deux degrés d'une même maladie. Elles diffèrent autant au point de vue clinique et anatomo-pathologique qu'au point de vue psychologique et social. L'idiotie relève de troubles cérébraux par lésion organique, tandis que l'imbécillité n'est que le degré inférieur de la débilité mentale, c'est-à-dire une faiblesse naturelle du fonctionnement psychique. P. S.

Ueber das Verhalten der Tangentialfasern der Grosshirnrinde von Idioten (Sur l'état des fibres tangentielles de l'écorce cérébrale chez les idiots), par O. KLINKE (*Archiv f. Psychiatrie*, *XXV*, 2, *p.* 450).

Les recherches de l'auteur ont porté sur 12 cerveaux d'idiots; elles l'ont conduit à formuler les conclusions suivantes :

1° Les troubles de la nutrition générale, tels qu'on les observe chez les idiots, entravent le développement des fibres tangentielles.

2° De même les conclusions épileptiques éclatant à un âge peu avancé, avant que les fibres tangentielles aient achevé leur développement, exercent une influence délétère sur celui-ci.

3° A un âge avancé survient une légère diminution du nombre des fibres tangentielles; cette diminution est prononcée, dans les cas de démence sénile.

4° Dans ce dernier cas, le nombre des fibres tangentielles peut descendre bien au-dessous de la valeur qu'il atteint chez certains idiots.

5° Le nombres des fibres tangentielles, qui varie pour différents territoires cérébraux, atteint sa valeur maxima dans les circonvolutions centrales droites, puis dans les circonvolutions occipitales du même côté.

6° C'est dans les circonvolutions centrales droites qu'on trouve, en général, les fibres les plus fortes; mais on trouve aussi des fibres d'un fort calibre dans d'autres régions du cerveau, tandis que les plus fines se rencontrent dans les circonvolutions frontales et dans le lobe occipital.

7° La bandelette de Jennari a pu être constatée d'une façon constante. Le dédoublement de la bandelette de Baillarger a été constatée le plus souvent dans le lobe frontal; quelquefois aussi dans les circonvolutions centrales droites.

8° Le développement moindre des fibres tangentielles dans les cerveaux d'idiots est souvent en rapport avec l'âge auquel le cerveau a subi l'influence d'une cause nocive. D'autres fois le développement des fibres tangentielles continue de se faire, mais en restant plus ou moins au-dessous de la normale.

9° C'est dans les lobes frontaux, puis dans les lobes temporaux que le développement des fibres paraît être atteint dans une mesure prépondérante.

10° Comparativement à ce qui se passe à l'état normal, ce sont les fibres tangentielles externes qui, parmi tous les systèmes de fibres, présentent le développement le plus faible. Ce sont elles qu'atteint en premier lieu l'évolution répressive en rapport avec la sénilité ou avec la démence sénile. E. RICKLIN.

Psychoses post-influenziques et post-fébriles. La confusion mentale, par E. TOULOUSE (*Gaz. des hôpit.*, 30 *mai* 1893).

Les troubles mentaux qui surviennent au cours des maladies aiguës sont des délires toxiques. La prédisposition psychopathique est dans ces cas nulle ou presque nulle. Ces troubles, caractérisés soit par l'excitation, quelquefois par de la dépression, mais toujours par de l'incoordination dans les idées, ne s'associent ordinairement pas pour former des conceptions délirantes de quelque durée ou de quelque solidité. Leur pronostic est le plus souvent bénin. Mais parfois ils persistent après la cessation des symptômes aigus, s'apaisent généralement dans leur intensité, et se transforment alors en psychoses d'un caractère beaucoup plus net. Ce sont ces psychoses, soit consécutives des délires fébriles,

soit apparaissant pendant la période de convalescence, qui constituent le second groupe des troubles mentaux liés aux maladies aiguës.

Les formes les plus diverses de l'aliénation mentale sont alors observées, mais c'est la confusion mentale qu'on rencontre le plus souvent, et qui semble procéder d'une sorte d'asthénie généralisée. Dans ce second groupe de délires post-fébriles, on a noté des prédispositions héréditaires ou acquises, sans qu'il y ait de délire spécial à chaque maladie aiguë.

La confusion mentale, qui apparaît si souvent à la suite des maladies aiguës, est, en somme, toujours la même sous la diversité des phénomènes. Qu'il y ait état démentiel, stupeur ou agitation avec hallucinations, suivant l'une des trois formes qu'elle peut revêtir, ce qui domine c'est la confusion des idées. Ces trois formes sont d'aillleurs schématiques; elles s'observent bien souvent confondues ou alternant entre elles. Les malades de ce genre, sont même très mobiles, et en peu de temps ils passent de la stupeur à une légère excitation maniaque; puis restent quelques instants avec une physionomie et des gestes de déments. DESCOURTIS.

Etiologie et formes cliniques des psychoses puerpérales, par E. TOULOUSE (*Gaz. des hôp.*, 30 *septembre* 1893).

S'il n'existe pas de folie puerpérale, il y a des psychoses en rapport avec certains processus de la puerpéralité. En laissant de côté des formes psychologiques inclassables et développées à l'occasion de la puerpéralité, on voit que l'auto-intoxication éclamptique détermine ordinairement un délire hallucinatoire aigu et bref, que l'infection post partum produit soit un délire semblable à celui-là, soit, probablement si son action se prolonge, une vésanie à type de confusion mentale, qui peut aussi être provoquée par l'allaitement prolongé, tout comme le sevrage brusque doit probablement occasionner une auto-intoxication qui se traduit par des troubles intellectuels analogues à ceux que donne l'éclampsie. En généralisant, on peut dire que les délires courts et hallucinatoires, qu'ils soient post-éclamptiques, infectieux ou du sevrage, sont des délires toxiques, comme on en voit au début de toutes les maladies infectieuses, et que les délires chroniques avec stupidité se rencontrent à la suite de maladies aussi infectieuses ou encore épuisantes, telles que l'adynamie causée par l'allaitement. DESCOURTIS.

Note sur les conditions d'hygiène des asiles publics d'aliénés, par Henri NAPIAS (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, *XV*, 227 *et* 552, *mars et juin* 1893).

Plus de la moitié des 51 asiles publics de France sont encombrés. Le cube d'air des salles de jour est réduit à un chiffre tout à fait insuffisant dans la plupart; il n'est pas rare qu'il ne soit que de 6 mètres (Sainte-Anne, Ville-Evrard, etc.) et même qu'il descende à 4 mètres (Vaucluse, Villejuif).

Il manque presque toujours à ces établissements des quartiers spéciaux pour les enfants, des pavillons d'isolement pour les affections contagieuses et des étuves à désinfection. Tous les asiles publics

devraient revacciner leurs malades. Le régime alimentaire est souvent insuffisant en ce qu'il ne contient qu'une trop faible proportion de viande. Le nombre des surveillants pour les aliénés ordinaires oscille entre 1 sur 6 (Bicêtre, Salpêtrière, Toulouse) et 1 sur 20 (Armentières); celui des surveillants pour aliénés agités, entre 1 sur 4 (Bicêtre, Toulouse, Saint-Gemmes, Prémontré), et 1 sur 15 (La Charité). J. B.

Contribution à l'étude clinique des hallucinations dans la mélancolie, par REVERTÉGAT (*Thèse de Paris*, 1893).

Travail basé sur 27 observations, dont un grand nombre personnelles. Les hallucinations se rencontrent dans plus du tiers des cas. Leur caractère principal est d'être tristes, pénibles, effrayantes, terrifiantes parfois. Tous les sens peuvent être touchés. Mais les sens de l'ouïe, de la vue et de la sensibilité tactile le sont le plus souvent. La fréquence des hallucinations varie d'ailleurs avec la forme de la mélancolie. Nulles dans la mélancolie avec conscience, elles ne se montrent que rarement, 1/8 des cas, dans la forme dépressive simple. On les note beaucoup plus souvent, plus de la moitié des cas, dans la forme anxieuse. Enfin elles atteignent leur plus haut degré de fréquence dans la mélancolie avec stupeur où elles ne font presque jamais défaut. Les hallucinations auditives dominent dans la forme dépressive simple, et celles de la vue dans les formes anxieuse et stupide. P. SOLLIER.

De la peptonurie chez les aliénés, par A. LAILLER (*Ann. médico-psychol., XIX, p.* 27, 1894).

Marro a prétendu que l'on observait constamment la peptonurie chez les paralytiques généraux, et que son absence dans les cas douteux suffisait pour écarter le diagnostic de paralysie générale. L'auteur a fait des expériences de contrôle et, de même que Maccabruni et Fronda, il en conclut que la peptonurie ne saurait être invoquée comme un symptôme de paralysie générale, car elle se rencontre dans des indispositions passagères et dans un grand nombre de maladies. On l'observe dans les différentes formes d'aliénation mentale et, si elle est plus fréquente dans la paralysie générale, elle fait généralement défaut au début de l'affection, alors que le diagnostic est incertain. P. SOLLIER.

Contribution à l'étude du délire de négation, par DE COOL (*Thèse de Paris*, 1893).

L'auteur partage l'opinion généralement admise aujourd'hui que le délire de négation n'est pas une entité nosologique. Se basant sur 33 observations, il fait la séméiologie des idées de négation, lesquelles se rencontrent dans : 1° la paralysie générale ; 2° la démence sénile ; 3° la mélancolie anxieuse ; 4° certains délires systématisés chez les dégénérés ; 5° le délire chronique (de Magnan). De cette énumération il résulte que le délire de négation se développe, d'une façon générale, dans les affections mentales survenues chez des sujets à cerveau invalide et chez des dégénérés. P. SOLLIER.

Persécutés auto-accusateurs et persécutés possédés, par J. SÉGLAS et G. BROUARDEL (*Arch. de neurol., p.* 433, *décembre* 1893).

Par opposition aux persécutés hallucinés sensoriels et aux persécutés qui raisonnent, les auteurs placent certains aliénés persécutés qui, quoique nullement mélancoliques, peuvent être cependant auto-accusateurs et présentent des idées de persécution analogues à celles des mélancoliques. Il en est d'autres aussi dont la maladie se traduit par une dissociation rapide de la personnalité, qui se montre sous forme de troubles psycho-moteurs, et pour le délire desquels on peut proposer le nom de variété psycho-motrice du délire de persécution. Le délire, dans ce cas, évolue généralement vers les idées de possession, mais quelquefois aussi vers les idées de négation. Ces différents cas, étudiés autrefois sous la dénomination de délirants mystiques ou possédés, méritent une place à part dans le cadre des délires systématisés primitifs. P. SOLLIER.

Étude médico-légale sur la pyromanie, par CAMUSET (*Ann. médico-psychol., XVIII, p.* 432, 1893).

Rapport médico-légal sur un cas de pyromanie, avec admission de responsabilité partielle et condamnation atténuée. L'auteur montre l'illogisme qu'il y a à diminuer les peines pour les dégénérés impulsifs, alors qu'on admet qu'ils ont besoin, pour résister à leurs penchants mauvais, de mobiles plus puissants que les individus normaux. Il faudrait au contraire accroître pour eux la pénalité ordinaire, la crainte du châtiment étant le seul facteur capable de les déterminer dans le sens du bien. P. SOLLIER.

Della pazzia gemellare, par Antonio MARRO (*Ann. di freniatria e sc. affini*, 1893).

L'auteur rapporte les observations de 2 cas différents dans chacun desquels deux sœurs jumelles furent atteintes d'une folie présentant des caractères communs. Il fait suivre ces cas de considérations générales sur la folie gémellaire et donne un relevé intéressant des observations de ce genre antérieurement publiées (tableau synoptique). PIERRE MARIE.

Bidrag till Kännedommen om den progressiva paralysins étiologi ned särskild känsyn till syfilis, par HONGBERG (*in*-8, 142 *p., Helsingfors*, 1892).

Les recherches de l'auteur ont porté sur 100 paralytiques généraux, et montrent que la paralysie générale est bien plus fréquente chez l'homme, 90 0/0, dans les populations des villes, chez les individus de 35 à 44 ans, 50 0/0. Dans 74 0/0 des cas, on a pu retrouver une affection syphilitique précédente, le plus souvent très faible, mais toujours non traitée au mercure; 10 0/0 des malades étaient alcooliques en même temps. Les formes constatées sont par ordre de fréquence décroissante la forme maniaque, la forme démente, la forme mélancolique, et enfin la forme circulaire. On a observé des idées de grandeur chez 54 0/0 des malades, des attaques épileptiformes ou apoplectiformes chez 61 0/0, de la mydriase chez 64 0/0, du myosis chez 9 0/0, du défaut de réaction des pupilles chez 59 0/0. Les rémissions furent rares : 15 0/0

ont eu une mort rapide, 83 0/0 sont morts avant les quatre premières années. Le traitement mercuriel a été essayé sans résultat dans la plupart des cas. P. MERMET.

Paralysie générale de développement, par James MIDDLEMASS (*Journ. of mental sc., p.* 36, *janvier* 1894).

Clouston a appelé l'attention sur cette forme de paralysie générale qui atteint des adolescents, et lui a donné le nom de « Developmental general paralysis », en 1890. L'auteur rapporte 5 nouveaux cas observés depuis cette époque, et dans l'un desquels l'examen anatomo-pathologique a été pratiqué. La syphilis semble jouer un rôle considérable dans la production de cette paralysie générale. L'âge auquel elle apparaît varie de 14 à 16 ans. On la rencontre beaucoup plus souvent chez les filles que chez les garçons. La durée en est plus longue que chez les adultes. Les caractères cliniques, analogues à ceux que l'on rencontre chez l'adulte, sont remarquablement uniformes. Dans tous les cas décrits, il y avait atrophie manifeste du cerveau, avec adhérences plus ou moins marquées. Les cellules cérébrales étaient dégénérées, avec augmentation de la névroglie, des noyaux et des vaisseaux.

P. SOLLIER.

Syphilis et paralysie générale, par DENGLER (*Thèse de Nancy*, 1893).

Selon Dengler, la majeure partie, soit 93 0/0, des paralytiques généraux sont d'anciens syphilitiques, et il existe entre la syphilis antérieure et la paralysie générale consécutive un rapport de cause à l'effet. Si la syphilis agit souvent sur un terrain préparé par l'hérédité, son action seule est cependant suffisante pour donner naissance à la paralysie générale. C'est du moins ce qui ressort de l'observation personnelle de Dengler, opinion confirmée par une enquête qu'il a faite auprès de divers neuropathologistes de divers pays, et qui ont été en général d'un avis conforme. DESCOURTIS.

Contributo allo studio dell' etiologia della paralisi generale, par A. CRISTIANI (*Rivista sper. di freniatria, XIX, p.* 230, 1893).

L'auteur a fait porter ses recherches sur 201 cas de paralysie générale. La cause la plus fréquente est la syphilis (62,79 0/0), puis vient la prédisposition morbide (l'héréditaire d'abord, l'originelle ensuite), puis le travail intellectuel et les émotions, l'alcoolisme, les abus sexuels, le traumatisme cérébral, l'insolation. Ces 3 dernières causes n'ont, d'ailleurs, jamais été invoquées comme ayant pu isolément produire la paralysie générale. Cristiani compare les résultats qui viennent d'être énoncés à ceux obtenus par un grand nombre d'autres observateurs ; il entre, en outre, dans des considérations relatives à l'âge, au sexe, à la condition des malades, etc. PIERRE MARIE.

Le alterazioni del respiro nei psicopatici, par Cesare ROSSI (*Rivista sper. di freniatria, XIX, p.* 197).

L'auteur, après avoir étudié les troubles de la respiration dans diffé-

rentes affections mentales au moyen de la méthode graphique, arrive aux conclusions suivantes :

Ces troubles sont nombreux et variés. Ils ne peuvent être considérés comme typiques dans telle ou telle maladie mentale, mais seulement classés suivant qu'il existe un état d'exaltation ou de dépression et se résument en une hyper ou hypo-activité respiratoire. Dans les formes dépressives, quand il existe en outre des troubles graves dans la sphère sensitive, le tracé respiratoire présente des troubles particuliers qui peuvent être attribués à l'angoisse. Dans certains cas, il existe un tremblement émotif des muscles respirateurs attribuable à l'émotivité du sujet. Chez les paralytiques généraux, on constate aussi un tremblement caractéristique de la respiration dont l'interprétation ne saurait encore être donnée. PIERRE MARIE.

Das Vorkommen des Gaumenwulstes..... (L'exostose médio-palatine, chez les déments et chez les sujets sains d'esprit) par P. NÜCKE (*Archiv für Psychiatrie, XXV*, 2, *p.* 470).

Une enquête faite par l'auteur, sur près de 1,500 sujets des deux sexes, recrutés parmi la population des asiles d'aliénés, et parmi les personnes saines d'esprit, a conduit l'auteur à formuler les conclusions suivantes, relativement à la présence et à la signification de la saillie osseuse, à laquelle Chassaignac a donné le nom d'exostose médio-palatine.

La saillie en question (*torus palatinus*) peut être constatée sur le vivant, chez presque tous les sujets, à l'inspection et mieux encore au toucher. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, tant chez les aliénés que chez les sujets sains d'esprit. La fréquence augmente dans les deux sexes, au fur et à mesure qu'on s'éloigne de l'état normal pour s'élever sur l'échelle de la démence et de la criminalité ; elle augmente proportionnellement au nombre des signes dits de dégénérescence.

On ne peut incriminer la syphilis, du moins la syphilis acquise n'a aucune part à son développement; par contre, la lésion est vraisemblablement en rapport avec d'autres troubles de la nutrition. Cette exostose se rencontre avec une fréquence manifestement grande chez les sujets à palais large, applati, à figure mongoloïde.

Il n'est pas démontré qu'elle se développe longtemps après la naissance, ni qu'elle disparaisse à un âge avancé. Vraisemblablement son apparition remonte à la vie intra-utérine ou à la première enfance.

Au point de vue de la forme, on peut distinguer deux variétés d'exostose médio-palatine : une variété étroite, et une large, la première plus fréquente, la seconde se rencontrant principalement sur les palais applatis. L'enquête de Nücke ne lui a pas fourni de renseignements sur la transmission héréditaire et l'accroissement de l'exostose médio-palatine; toutefois l'auteur a pu constater d'une façon très nette l'existence de cette saillie chez des enfants. E. RICKLIN.

Des rapports de l'impaludisme et de l'alcoolisme, par MARANDON DE MONTYEL (*Ann. médico-psychol.*, *XVIII*, *p.* 353, 1893).

De ce travail basé sur 12 observations détaillées, l'auteur aboutit aux principales conclusions que voici : D'une manière générale l'impaludisme crée une intolérance cérébrale très marquée aux alcools, probablement par suite de l'altération du sang produite par le miasme palustre. L'héréditaire névropathique déjà peu résistant sera exposé à une forme grave d'alcoolisme cérébral avec démence précoce consécutive s'il boit au cours d'un accès aigu d'impaludisme. L'impaludisme est même susceptible de faire perdre sa tolérance non seulement au buveur, mais encore au véritable dipsomane. Mais il ne semble pas qu'il soit capable par lui-même, en dehors de toute prédisposition alcoolique, d'engendrer des besoins ou des impulsions à boire soit au moment des accès, soit dans leurs intervalles. P. S.

Ueber die Behandlung... des Alcoholismus. Erfolge der Trinkerheilstaette Ellikon, par FOREL (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 8, *p.* 306, 15 *avril* 1893).

L'asile pour buveurs d'Ellikon a reçu dans ses 3 premières années d'existence 127 malades.

Durant les 2 premières années (1889 et 1890), il est sorti de l'asile 58 malades sur lesquels 19 continuent à s'abstenir complètement de boire; 16 font un usage modéré des boissons alcooliques; 15 sont retombés dans leur passion; 4 étaient des aliénés admis par erreur; enfin, on manque de renseignements sur les 4 derniers dont 2 sont en Amérique. En comptant ces 4 derniers malades parmi les récidivistes, on trouve que 35,2 pour cent restent des abstinents complets, que 29,6 0/0 boivent modérément et que 35,2 0/0 ont rechuté.

En 1891, il est sorti d'Ellikon 46 malades dont 1 aliéné entré à tort; 2 qui se sont évadés (l'un d'eux s'est suicidé); 2 qui sont morts, l'un d'eux d'une affection accidentelle, l'autre de tuberculose; sur les 41 restants, 23 continuent à s'abstenir complétement de boire; 11 font un usage modéré des boissons alcooliques et 6 sont déjà retombés dans leur passion ; enfin, on manque de renseignements sur le dernier. J. B.

Beitrag zur Kenntniss der multiplen Alkoholneuritis, par REUNERT (*Deutsches Arch. f. klin. Med.*, *L*, *p.* 213).

L'auteur réunit dans son travail 25 faits de névrite alcoolique qu'il classe en quatre groupes : 1° polynévrites typiques (13 cas); 2° paralysies et atrophies musculaires localisées (4 cas); 3° formes légères sans paralysies ni atrophies notables, avec troubles de la sensibilité, sensibilité des nerfs et des muscles à la pression et anomalies des réflexes (6 cas); 4° deux cas avec participation notable des muscles moteurs de l'œil. Pour le reste, sa description ne s'éloigne pas de celle qui est classique en France. C. LUZET.

Les sujets de sexe douteux, leur état psychique, leur condition relativement au mariage, par DAILLIEZ (*Thèse de Paris*, 1893).

Les sujets de sexe douteux sont des pseudo-hermaphrodites. Ils

offrent les apparences des deux sexes simultanément. Ou bien ils présentent une conformation imparfaite de l'un ou de l'autre sexe.

Le doute relatif à la nature du sexe est commun pendant l'enfance, et encore très fréquent pendant l'adolescence. Il est souvent résolu au début de l'âge pubère : le sexe se caractérise mieux dans la période du développement et des impulsions du sens génésique. Rarement il se décèle au moment du mariage. Au point de vue psychologique les sujets de sexe douteux peuvent se rapporter à trois types : les uns sont des esprits faibles, sans impulsion génésique ; d'autres comprennent leur état d'infériorité et s'acquittent dans une mesure régulière de la fonction génésique qui leur est dévolue ; les plus connus sont égoïstes, méchants, dépourvus de sens moral, habituellement dépravés, souvent même entachés de la tare de l'inversion sexuelle.

Dans une expertise auprès des sujets de sexe douteux, le médecin légiste doit rechercher, avant tout, s'il existe entre les deux conjoints une véritable identité de sexe. L'identité de sexe est le seul motif indiscutable de la non existence du mariage. DESCOURTIS.

Il campo visivo nei cretini, par S. OTTOLENGHI (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, *p.* 260, *avril* 1893).

Le champ visuel des crétins est généralement rétréci, un peu diminué en particulier dans sa moitié externe et dans sa moitié supérieure, avec un contour régulier. Ces modifications sont surtout marquées chez les crétins avec idiotie partielle. Chez les crétins imbéciles, on peut observer un champ visuel large. L'étendue du champ visuel chez les crétins est absolument indépendante de l'état de la vision, qui reste presque toujours bonne, même dans les cas de rétrécissement prononcé du champ visuel. L'examen de la vision indirecte est très utile pour l'étude de la perception chez les crétins et peut être employé utilement comme moyen d'éducation pour exercer leur attention et multiplier leurs sensations.

GEORGES THIBIERGE.

Le lesioni delle aree corticali extrarolandiche come causa dell' epilepsia, par L. RONCARONI (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, *p.* 213, *mars* 1893).

L'auteur rapporte les faits plus ou moins probants d'épilepsie avec lésions des lobes frontaux sans lésion corticale de la zone rolandique, puis relate des expériences dans lesquelles il a vu chez les chiens et les cobayes l'ablation d'une partie de la zone cérébrale située en avant ou en arrière de la zone rolandique empêcher la production des accès épileptiques déterminés par l'excitation de la zone rolandique ou rendre celle-ci moins excitable et le même effet se produire par l'excitation faradique de ces zones extra-rolandiques.

Il fait également remarquer que les altérations des fonctions cérébrales élevées et l'exagération de leurs troubles immédiatement avant ou après les attaques, la perte de connaissance pendant l'attaque, la grande fréquence de l'épilepsie chez les idiots et les microcéphales, ou chez les sujets dont le développement cérébral s'est arrêté plus tardivement, l'existence des vertiges et des absences qui constituent une

attaque ne se traduisant que par un arrêt momentané des fonctions des centres supérieurs, la transformation des attaques convulsives en attaques psychiques, l'apparition des accès à la suite de l'ingestion des substances qui altèrent les fonctions des centres supérieurs (alcool, morphine, cocaïne, etc.), la fréquence chez les épileptiques de la sténocrotaphie, qui indique le faible développement des centres supérieurs sont autant d'arguments à invoquer pour faire de l'épilepsie le résultat d'une diminution de l'action inhibitrice des centres supérieurs avec excitation parallèle de l'action automatique des zones motrices. GEORGES THIBIERGE.

Epilessia jacksoniana da autointossicazione d'origine gastrica, par Andrea CRISTIANI (*Rivista sper. di Freniatria e Med. leg., XIX, p.* 634, 1893).

Homme de 52 ans, non syphilitique ni alcoolique, nullement névropathe, non artérioscléreux, ni albuminurique, ni glycosurique, mais dyspeptique et constipé.

Après avoir pendant 5 ou 6 jours souffert de troubles gastriques et d'une sorte de malaise général fut pris subitement d'une aura, constituée par des bouffées de chaleur à la tête, puis d'une confusion mentale et de mouvements convulsifs d'abord dans le membre supérieur droit et ensuite dans le membre inférieur du même côté, il y avait également quelques mouvements dans la moitié droite de la face. Ces accès d'épilepsie jacksonienne se répétèrent à plusieurs jours d'intervalle. Chaque fois ils étaient suivis d'une parésie des membres et d'une diminution des réflexes tendineux à droite. Au bout de 14 jours ces accès d'épilepsie motrice firent place à des accès d'épilepsie vasomotrice et à des vertiges épileptiques, mais ceux-ci ne furent qu'au nombre de 4 en 9 jours.

En même temps que les phénomènes nerveux diminuèrent, on constata une amélioration parallèle des troubles gastriques, la thérapeutique fut d'ailleurs dès le début, dirigée uniquement contre les troubles gastriques. La guérison s'est maintenue sans rechute depuis plus d'un an.

L'auteur rappelle les travaux déjà parus sur l'épilepsie et sur les myoclonies d'origine gastrique, mais il croit que son cas est le premier dans lequel on ait vu l'épilepsie jacksonienne se produire sous cette influence.

PIERRE MARIE.

Sur les convulsions par suite d'alcoolisme, par S. LAACHE (*Norsk. Magazin., janvier* 1893).

En 10 années, l'auteur n'a pu réunir que 7 observations de ce que les auteurs appellent *épilepsie alcoolique.* Le terme plus neutre d'éclampsie conviendrait peut-être mieux. L'affection a plusieurs points de contact avec l'hystérie, comme la conservation de la notion de la réalité, les anesthésies, le caractère lyrique et élégiaque des malades. D'autre part, on aurait observé de l'épilepsie jacksonienne proprement dite. Dans 1 cas, où il y a eu de l'albuminurie, on pensait à l'urémie (le malade guérit). — L'apparition des accès, due en général à l'alcool, n'est pas en rapport avec la quantité d'alcool ingérée. Le pronostic quant à la vie est meilleur que dans le « délirium tremens » ; quant à la guérison, il est plus sérieux. Pour l'auteur, l'alcool lui-même peut être le véritable agent épileptogène. H. FRENKEL.

De l'hospitalisation des épileptiques, par MARANDON DE MONTYEL (*Ann. méd. psych.*, *janvier* 1893).

L'hospitalisation des épileptiques est presque tout entière à organiser en France. Marandon de Montyel fait voir que l'on est beaucoup plus avancé que nous à l'étranger, sous ce rapport. A son avis, l'établissement affecté spécialement aux épileptiques doit être une colonie agricole et industrielle, annexée à un asile. Celui-ci offrira dans son aménagement intérieur des dispositions spéciales comme des angles émoussés partout, une literie installée pour empêcher les chutes dans les attaques nocturnes. Quant aux épileptiques tranquilles, ils seront hospitalisés dans la colonie composée des ateliers et de la ferme et, bien que complètement indépendante de l'asile de traitement, celle-ci sera située néanmoins à proximité, de manière à permettre le facile passage des malades de l'un à l'autre selon leur disposition du moment. DESCOURTIS.

De la bromuration à hautes doses dans l'épilepsie, par FÉRÉ (*Revue de médecine*, 10 *mars* 1893).

Dans ce mémoire, Féré rapporte les observations de 20 épileptiques chez lesquels l'emploi des bromures à la dose de 16 à 21 grammes, a été bien supporté pendant un temps fort long. Cette médication a amené une amélioration persistante chez 11 malades et temporaire chez 7 autres. Il n'y en a que 2 qui n'ont éprouvé aucun bénéfice du traitement.

GIRAUDEAU.

Trente cas d'épilepsie traités par les injections sous-cutanées de liquide testiculaire, par BOURNEVILLE et CORNET (*Progrès méd.*, 9-16 *décembre* 1893).

Les conclusions portant seulement sur 28 enfants traités pendant un temps suffisamment long, plus de 6 semaines, sont les suivantes : sur 8 malades, il y a eu une légère diminution des accès; sur 20, les crises ont augmenté ; chez aucun de ces malades, tous atteints de déchéance intellectuelle, il n'y a eu la moindre amélioration ; sur une série de 10 malades, 6 ont augmenté de poids, 3 ont diminué, 1 est resté stationnaire. H. L.

De l'hystéro-neurasthénie traumatique devant la loi dans les accidents de chemin de fer, par J. FABRE (*Thèse de Paris*, 1893).

De l'examen de 23 cas, dont 2 personnels, l'auteur conclut que l'hystéro-neurasthénie traumatique présente très rarement le syndrome complet des deux affections. Or si la simulation de ce syndrome est impossible, celle d'une partie seulement est loin de l'être et l'expert n'a aucun moyen dans ce dernier cas de le découvrir d'une façon certaine. Le tribunal, eu égard aux modifications éventuelles que l'état hystéro-neurasthénique peut présenter, doit ajourner indéfiniment le jugement qui liquide les dommages et intérêts et statuer par provisions successives et renouvelables. Il serait nécessaire d'introduire dans une loi générale sur les chemins de fer une disposition par laquelle les compa-

gnies condamnées, en vue d'une lésion considérée comme permanente, puissent obtenir la revision du procès si le malade vient à guérir.

P. SOLLIER.

Le traitement de la folie, par J. LUYS (1 *vol.*, *Paris*, 1893).

Sous ce titre, l'auteur a groupé une série d'idées personnelles et d'observations cliniques recueillies depuis longtemps. Dans le mécanisme du développement et de l'évolution de la folie, il s'est efforcé de mettre en relief l'influence prépondérante de l'hérédité, et a attiré l'attention sur le rôle des cellules cérébrales dans les fonctions cérébrales, ainsi que sur celui des régions grises de la base de l'encéphale dans les opérations de l'activité mentale. Il étudie la manière d'être de l'aliéné dans l'asile, les soins qu'il nécessite au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique, et les modifications qu'entraîne pour le pronostic un traitement bien dirigé.

Il réagit contre l'abus des douches froides et donne ses préférences à la réfrigération céphalique. Il insiste enfin sur les méthodes de traitement dérivées de l'hypnotisme et sur les couronnes aimantées dans certaines formes de folie à fond hystérique.

P. SOLLIER.

Some observations on the action and value of hyoscyamine in nervous and mental diseases, par SPRATLING (*Med. Record*, 27 *janvier* 1894).

C'est le sulfate d'hyoscyamine qui est généralement employé pour calmer l'excitation des aliénés. Son action physiologique est: sécheresse de la gorge, mydriase, incertitude de la marche, affaiblissement musculaire, brusque affaissement suivi d'une augmentation de fréquence du pouls et enfin action soporifique. De son expérience personnelle, Spratling conclut: que l'hyoscyamine ne doit jamais être donnée à doses un peu élevées dans les affections mentales aiguës, qu'elle ne doit jamais être administrée dans les cas où il existe quelque degré d'inflammation ou de congestion du cerveau et de ses enveloppes, qu'elle ne sera jamais employée chez un malade épuisé, ni donnée dans le but de provoquer le sommeil, son pouvoir hypnotique n'étant pas prouvé, que son seul emploi rationnel est dans les affections chroniques du système nerveux, pour calmer un tremblement excessif et dans les maladies mentales chroniques où les troubles moteurs l'emportent sur les troubles sensoriels.

CART.

Contributo allo studio della duboisina e delle sue applicazioni nelle psicopatie, par L. MONGERI (*Broch.*, *Milan*, 1893).

L'auteur a été conduit par les travaux de Belmondo et de Venanzio à étudier, lui aussi, l'action thérapeutique de la duboisine; il est arrivé aux conclusions suivantes :

Il faut employer la duboisine, comme sédatif, à la dose maxima de 1 milligramme et demi, à la dose minima d'un demi-milligramme. La duboisine doit être préférée aux autres sédatifs pour la promptitude de son action. On la donnera de préférence le soir. Elle sera surtout utile dans les cas où il y aura de l'agitation, spécialement dans la manie avec

fureur et dans l'alcoolisme aigu. Elle n'est d'aucune efficacité dans les cas où il y aura affaiblissement et dans les formes dépressives.

PIERRE MARIE.

De l'action sédative de la duboisine à doses interrompues chez les aliénés, par MARANDON (DE MONTYEL (*France méd., n° 41, p.* 641, *et Arch. de neurol., septembre* 1893).

La duboisine est un excellent sédatif des agitations maniaques et lypémaniaques, vésaniques ou paralytiques. Mais elle doit être prescrite à doses interrompues et non continues, ces dernières ne produisant souvent qu'une sédation incomplète et amenant presque toujours une accoutumance rapide, qui résiste à toutes les augmentations de quantité.

Il convient de débuter par des doses assez fortes, deux milligrammes au minimum, quatre milligrammes au maximum; le médicament sera suspendu un jour sur trois.

Malheureusement la duboisine, dans presque tous les cas (14 sur 18 traités), provoque une dénutrition très accentuée qui contre-indique formellement son emploi longtemps continué. Cette dénutrition, surtout marquée chez les paralytiques généraux, ne peut être évitée ni par la précaution d'administrer la duboisine aux heures les plus éloignées des repas, ni par un régime ultra-réconfortant. LEFLAIVE.

Dégénérescence mentale et goitre exophtalmique, par H. BRUNET (*Thèse de Paris*, 1893).

L'auteur montre le goitre exophtalmique associé avec les stigmates psychiques de dégénérescence, puis avec les délires pseudo-systématisés des dégénérés, avec les états maniaques ou mélancoliques, les délires polymorphes et enfin le délire aigu. Il se rallie à la théorie de Joffroy qui regarde la maladie de Basedow comme produite par une altération du sang résultant du fonctionnement vicieux du corps thyroïde altéré. Les conclusions de Brunet, qui rapporte 31 observations, sont qu'il n'y a pas de troubles psychiques symptomatiques de la maladie de Basedow, qu'il n'y a pas de folie qui s'y rattache directement. La plupart des troubles mentaux observés au cours du goitre exophtalmique relèvent de la dégénérescence mentale. Dans la majorité des cas, les troubles psychiques et la maladie de Basedow sont simplement associés, et les deux ordres de symptômes évoluent d'une façon indépendante. Quelquefois le goitre exophtalmique a favorisé l'éclosion des troubles mentaux. Il semble que dans ces cas les troubles psychiques aient été provoqués par la même intoxication que celle qui produit la maladie de Basedow, mais dont l'action se manifeste sur des centres corticaux prédisposés au lieu de se porter seulement sur les centres bulbaires.

P. SOLLIER.

I. — Ueber Myxödem, par KRAEPELIN (*Deutsches Arch. f. klin. Med., XLIX*, 6, *p.* 357).

II. — Sur la reviviscence du thymus dans certaines affections présentant des

altérations du corps thyroïde ou de quelque autre glande vasculaire sanguine, par P. MARIE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 *février* 1893).

III. — The mental symptoms of myxœdema, etc., par CLOUSTON (*Brit. med. j., p.* 463, 26 *août* 1893).

IV. — Ueber Myxödem und dessen Behandlung......, par LAACHE (*Deutsche med. Wochens., n°* 11, 1893).

V. — Ueber Myxödem und seine Behandlung mit......, par SCHOTTEN (*Ibidem, n°s* 31 *et* 32, *p.* 981 *et* 1002, 1893).

VI. — Ein Fall von Myxödem durch Fütterung mitt Glandulae thyroideae....., par L. NIELSEN (*Monatsb. f. prakt. Dermat., XVI*, 9).

VII. — On certain changes, etc. (Modifications de l'urine chez les myxœdémateux après l'administration de l'extrait de glande thyroïde), par W. ORD et Edmond WHITE (*Brit. med. j., p.* 217, 29 *juillet* 1893).

VIII. — Myxœdème et acromégalie améliorés par les injections de thyroïde de mouton), par James PUTNAM (*The Amer. j. of the med. sc., août et octobre* 1893).

I. — Kræpelin publie dans ce travail deux nouveaux cas de myxœdème et la suite d'une observation ancienne ; le premier et le troisième sont des cas typiques ; dans le second, le diagnostic est resté quelque temps en suspens, parce que la plupart des signes objectifs manquaient de netteté, notamment les infiltrations cutanées, qui étaient extrêmement restreintes, cependant le corps thyroïde n'était pas constatable à la palpation et les signes psychiques étaient bien marqués. L'auteur pense que la lésion du sang permet de réunir ces trois cas. Au point de vue anatomique, on est frappé par l'augmentation du diamètre moyen des globules rouges et par l'augmentation du poids spécifique du sang et du sérum, qui est due à l'augmentation du résidu sec. Notons en passant que la quantité d'hémoglobine était normale chez ces trois malades. A ces trois cas l'auteur en ajoute un quatrième chez lequel l'examen du sang n'a pu être fait.

C. LUZET.

II. — Dans un cas de myxœdème chez une femme atteinte un peu avant sa vingtième année, P. Marie a trouvé un thymus assez gros.

Dans l'acromégalie on a presque toujours constaté l'existence du thymus. Or, cette maladie ne se développe guère avant vingt ans. Dans le goitre exophtalmique il a constaté une fois une reviviscence de cette glande.

H. L.

III. — Les fonctions mentales du cerveau sont constamment affectées dans le myxœdème : et, très souvent, les désordres sont assez caractérisés pour constituer un véritable état de démence. Ce sont surtout les formes de dépression cérébrale, mélancolie avec ou sans idées de suicide, lenteur des idées, léthargie, qui prédominent. La sensibilité générale et les sens spéciaux sont presque toujours émoussés. Parfois, sur le fond d'apathie se détachent des crises aiguës de manie avec délire de persécution. Tous ces symptômes s'améliorent graduellement et finissent par disparaître sous l'influence de l'ingestion de petites doses de corps thyroïde.

H. R.

IV. — Malade atteint de myxœdème : sauf l'absence de la diminution des

sueurs et l'abaissement de la température, le tableau clinique était classique. Perte des poils, rougeur limitée des joues, sillons profonds au front, torpeur corporelle et intellectuelle, ralentissement du pouls. Le corps thyroïde fut donné d'abord en extrait glycériné ou cuit avec sel et bouillon, et enfin cru, haché en nature. La dose quotidienne fut de 3 grammes, 2 grammes, puis 1 gramme. Laache met en garde contre le fait que les bouchers peuvent très bien se méprendre et fournir des ganglions cervicaux au lieu de corps thyroïdes. Les organes furent pris soit à des moutons, soit à des veaux. La cure se poursuivit sans les manifestations désagréables qui ont été signalées. Vers le vingtième jour le malade perdit l'appétit, la langue se couvrit, il y eut de l'affaissement et des vertiges, le pouls monta à 100. Mais ces symptômes furent passagers et le gonflement du visage et du corps disparut, en sorte qu'en trois semaines le malade perdit 9 kilogrammes de son poids primitif. C. LUZET.

V. — Le premier cas est celui d'une dame de 53 ans, vivant dans de bonnes conditions sociales. Elle ne présentait aucune tare héréditaire, elle a 3 enfants adultes bien portants et vigoureux. Les premiers symptômes du myxœdème se montrèrent en 1881. Les tentatives de traitement les plus diverses restèrent sans résultat. La voix s'est modifiée totalement, l'exercice de la pensée est devenu difficile, ainsi que les mouvements. La dernière menstruation s'est faite il y a 3 mois et a duré 3 semaines. Température 35°,4 dans l'aisselle, peau sèche, poils rares, on ne constate pas de glande thyroïde perceptible. Réflexes cutanés abolis, sensibilité diminuée : urine claire, pâle, sans albumine ni sucre. A eu en 1882 et 1883 des vertiges et des lipothymies. Le traitement est commencé le 14 juin avec 5 grammes de corps thyroïque ; le 18, malaise, douleurs sur tout le corps, sensibilité dans les muscles des épaules et des bras, épistaxis ; le 19, accès de palpitations ; à partir du 20 l'amélioration se manifeste. Le traitement est continué avec des doses de corps thyroïde de mouton variant entre 2 grammes et 3 grammes et demi par jour ; à la fin de septembre elle se considère comme entièrement guérie et en effet les principaux symptômes ont disparu. L'auteur fait des réserves au sujet du retour possible des accidents.

Le second cas est celui d'une fille de 18 ans atteinte de nanisme avec arrêt du développement intellectuel et symptômes classiques de myxœdème. Dans ce cas, le traitement par la glande thyroïde 1 gr. 1/3 amène une grande amélioration en 2 mois 1/2, mais également après avoir provoqué au début des troubles passagers. Le traitement ayant été suspendu pendant 2 mois, il survient des signes de recrudescence de la maladie, qui font reprendre les ingestions de corps thyroïde. L'amélioration s'est encore reproduite, mais aussi les malaises passagers des premiers jours du traitement.

La sœur de cette malade, dont les parents sont bien portants, est âgée de 35 ans et également atteinte de myxœdème cutané léger avec absence ou petitesse du corps thyroïde. Il s'agit aussi d'une naine ; mais chez elle les fonctions intellectuelles sont bien développées ; quant au corps il est infantile. La température est sub-normale (36°5 dans la bouche). C. LUZET.

VI. — Une malade présentant, depuis près de 12 ans, les symptômes classiques du myxœdème a été guérie en deux mois par l'ingestion quotidienne de corps thyroïdes de veau. La médication paraît avoir provoqué des troubles d'une certaine gravité : ils ont consisté en un affaiblissement très notable et de vives douleurs qui se sont d'abord localisées dans la tête pour envahir ensuite toute la surface du corps : elles ont cessé du moment où l'on a suspendu le traitement, de vives sensations de prurit leur ont fait suite : il s'est produit bientôt une desquamation qui a débuté par le visage pour se généraliser ensuite ; dès le quatrième jour de traitement, les tuméfactions cutanées ont rétrocédé ; au bout de six semaines, les cheveux, qui étaient presque

tous tombés, ont repoussé aussi drus qu'avant la maladie ; la sécrétion sudorale s'est rétablie ; la sensation de dyspnée a complètement disparu.

Pour expliquer cette action si remarquable, l'auteur admet que la thyroïde sécrète un produit dont le passage dans le sang est nécessaire pour que le tissu conjonctif subisse complètement son évolution : si ce produit de sécrétion fait défaut, le tissu conjonctif reste à l'état de tissu muqueux sous lequel il existe pendant la vie embryonnaire, c'est ainsi que, dans le myxœdème, l'atrophie du corps thyroïde ramène le tissu conjonctif à l'état fœtal. H. HALLOPEAU.

VII. — L'urine est augmentée de volume. L'azote excrétée excède la dose ingérée par l'alimentation. L'élimination de l'acide phosphorique et du chlore ne subit aucune modification. Par contre, l'urée est éliminée en grande quantité, en même temps que diminue le poids du corps et que la température s'élève. H. R.

VIII. — 1° Femme de 48 ans, présentant les signes de myxœdème avancé et remontant à 10 ans.

On ne pouvait sentir le corps thyroïde, la peau était froide au toucher, mais température normale au thermomètre.

Dans l'été de 1891, nouveaux symptômes, synovite très douloureuse d'abord dans un genou puis dans l'autre. Jusqu'en juin 1892, aucun traitement n'avait eu de résultat, sauf le massage qui lui procurait un véritable soulagement. En juin, on commença une série d'injections de glycérine, d'acide phénique et de thyroïde de mouton suivant la formule de Murray. Au bout d'une ou deux semaines, symptômes d'amélioration.

En novembre on lui donna le traitement par alimentation, elle prenait 5 ou 6 thyroïdes de mouton. L'appétit sembla revenir, mais il y eut des nausées, des vomissements que l'on peut attribuer à l'excès des glandes ingérées. Le volume des mains, des pieds diminua, la peau devint plus souple. Non seulement la face changea, mais la voix devint plus claire.

Pendant 15 jours, en février et mars, elle cessa l'ingestion des corps thyroïdes, quelques symptômes de myxœdème semblèrent réapparaître. L'état mental resta bon.

Elle est encore anémique et délicate, mais elle ne présente plus aucun symptôme évident de myxœdème.

2° Femme de 55 ans, fut atteinte très rapidement au début des accidents myxœdémateux, thyroïde volumineuse, tachycardie constante mais modérée.

On résolut de réduire le goitre par l'électrolyse. Un de ses cousins et une de ses tantes étaient atteints de myxœdème accentué. Tous deux moururent. La tante avait été pendant de longues années en proie à des crises d'arthrites rhumatismales.

Pendant la première période la santé s'altéra rapidement ; la dyspnée fut très marquée. Puis apparurent tous les symptômes du myxœdème et de l'acromégalie.

Le traitement par les pilules de thyroïde fut commencé le 15 février, de façon à prendre un lobe de thyroïde de mouton tous les deux jours. L'amélioration fut encore plus rapide que dans le premier cas. L'urine qui contenait de l'albumine et des cylindres ne paraît plus en contenir. A. VERCHÈRE.

Sensibilitá e anomalie fisiche e psichiche nella donna normale e nella prostituta, par R. GURRIERI (*Archivio di psichiatria, XIII*, 4 *et* 5.)

La sensibilité de la prostituée est beaucoup plus obtuse que celle de la femme normale pour toutes les parties du corps à l'exception de la main ; les prostituées ayant eu des enfants ont une sensibilité plus grande que

celles qui n'en ont pas eu. La sensibilité n'est jamais égale des deux côtés du corps, tantôt elle prédomine à droite, tantôt à gauche, les différences sont beaucoup plus accentées chez les prostituées. L'auteur donne une longue liste des stigmates de dégénération physique qu'il a observés chez les prostituées. PIERRE MARIE.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Petit manuel d'anesthésie chirurgicale, par F. TERRIER et M. PÉRAIRE (*In*-16, *Paris*. 1894).

La division de l'ouvrage est la suivante : l'anesthésie locale, l'anesthésie générale, les accidents de l'anesthésie et les moyens d'y remédier.

Au sujet de l'anesthésie locale, les auteurs consacrent tous leurs soins à l'étude de la cocaïne, de son dosage, du procédé d'injection, des effets qu'on est en droit d'en attendre. A côté de la cocaïne, ils font une place au chlorure d'éthyle, d'un emploi si facile, à l'éther, etc.

Le chloroforme occupe la plus grande partie du chapitre de l'anesthésie générale. Fidèles à leur pratique, les auteurs exposent la supériorité du procédé de doses faibles et continues dans les états pathologiques, dans les opérations où l'on emploie le plan incliné.

L'ouvrage se termine par le chapitre nécessaire des moyens à mettre en usage pour combattre les accidents produits par les anesthésiques, depuis les tractions rythmées de la langue, jusqu'à la trachéotomie et à l'insufflation pulmonaire. ARROU.

Asepsie et antisepsie chirurgicale, par TERRILLON et CHAPUT (*In*-16, *Paris*, 1893).

Ce volume n'a d'autre prétention que d'exposer clairement et avec détails suffisants les méthodes et les procédés antiseptiques, que Terrillon et Chaput emploient dans leur pratique journalière. En moins de 200 pages, formant 16 chapitres, ce livre contient la description de ce que les auteurs appellent les généralités sur l'antisepsie, puis, la conduite à tenir toutes les fois que le chirurgien a directement à intervenir. En un mot, préparatifs et exécution antiseptiques, en ce qui touche l'art chirurgical, voilà ce que renferme ce volume, qui en présente la relation sous une forme attrayante. OZENNE.

De l'emploi du soufre en chirurgie, par Arbuthnot LANE (*Semaine médicale*, 13 *décembre* 1893).

Le soufre stérilisé employé dans le pansement des plaies cavitaires, tuberculeuses, est sans influence fâcheuse pour la santé; il donne lieu

à la formation de produits caustiques (acide sulfureux et acide sulfurique) dont l'action doit être surveillée. Il détruit tous les microbes des plaies cavitaires et des tissus ambiants. Son action est plus marquée sur les plaies récentes que sur les surfaces en voie de bourgeonnement; elle est tempérée par le mélange avec la glycérine.

Le pansement ne doit être laissé en place que quelques jours et une fois levé, les irrigations avec la solution faible de sublimé enlèvent tous les résidus ainsi que les petites escares.

L'auteur a obtenu avec le soufre de meilleurs résultats qu'avec l'iodoforme. A. CARTAZ.

Asepsis und künstliche Blutleere (Asepsie et hémostase préventive), par G. NEUBER (*Archiv f. klin. Chir., XLVI*, 2).

Neuber propose, dans tous les cas où l'hémostase préventive par la bande d'Esmarch est reconnue nécessaire, de remplacer cette dernière, qu'il est difficile d'aseptiser et de maintenir telle, par une simple bande de toile. Celle-ci peut être soumise, sans inconvénients, à toutes les manipulations de désinfection. Immédiatement avant de s'en servir on la plonge dans de l'eau bouillante, et on l'applique mouillée selon les principes recommandés pour l'application de la bande d'Esmarch. Elle aurait donc sur cette dernière l'avantage d'une propreté plus certaine et d'une solidité plus fixe; de plus l'hémorragie capillaire, qui suit son ablation, serait moindre. Par contre son application exigerait plus de soin et plus d'attention. REBLAUB.

Brain surgery (Chirurgie du cerveau), par Allen STARR (*In*-8° 295 *p.*, *New York* 1893).

Le but de ce livre est d'établir clairement quels sont les faits qui permettront au chirurgien de déterminer la nature et le siège du processus pathologique évoluant dans le cerveau, et de résoudre la question de savoir si la maladie est justiciable de l'intervention chirurgicale, et quelles sont les probabilités de gravité et de succès de l'opération.

Une grande partie de cette monographie est consacrée à l'épilepsie traumatique dont Starr donne 13 observations personnelles dans lesquelles on est intervenu, avec les résultats suivants : Guérison : 3 cas; amélioration, 5 cas ; état stationnaire 4 cas ; enfin, 1 décès. L'absence de guérison permanente de l'épilepsie à la suite de l'intervention opératoire, peut s'expliquer par ce fait que, dans ce cas, la cause originelle des convulsions n'a pas été enlevée par l'opération ou s'est reformée aussitôt après (adhérences des enveloppes au cerveau, cicatrice de l'écorce, etc.)

Les cas les plus favorables sont ceux dans lesquels on rencontre un os déprimé, un kyste, ou une tumeur connective qui comprime le cerveau ; mais comme le diagnostic de la nature de la lésion est impossible le plus souvent avant l'opération, il faut opérer, quitte à obtenir peut-être un résultat médiocre ou nul.

Starr envisage ensuite le traitement opératoire de la microcéphalie, de l'hémorragie cérébrale et des abcès du cerveau, soit traumatiques, soit consécutifs aux otites moyennes suppurées.

Le traitement chirurgical des tumeurs du cerveau est soigneusement étudié : toutes les fois que le patient présente les signes généraux des tumeurs du cerveau, et que l'on peut déceler quelques signes de localisation qui permettent de supposer que la tumeur est corticale ou sous-corticale, il faut intervenir.

Starr a dressé une statistique de 97 cas de tumeurs opérées, qu'il groupe de la façon suivante :

Cas dans lesquels la tumeur n'a pu être découverte au moment de l'opération : 35, dont 26 tumeurs du cerveau et 9 du cervelet.

Cas dans lesquels la tumeur fut bien trouvée, mais ne put être enlevée : 3 cas, dont 1 tumeur du cerveau et 2 du cervelet.

Cas dans lesquels la tumeur fut enlevée et le patient guérit : 42, dont 39 du cerveau et 3 du cervelet.

Cas dans lesquels la tumeur fut enlevée, et le patient mourut : 17, dont 15 tumeurs du cerveau et 2 du cervelet. Soit 42 guérisons sur 59 ablations de tumeurs du cerveau.

La trépanation pour hydrocéphalie est ensuite envisagée, et Starr y paraît favorable. Pour la folie, la céphalalgie persistante et sévère, l'opération est recommandable, mais ici il n'y a pas de règles à formuler, chaque cas doit être discuté isolément. MAUBRAC.

Tapping the lateral ventricles of the brain (Ponction des ventricules latéraux du cerveau), par FRANK (*New York med. jour., p.* 413, 7 *octobre* 1893).

Dans les cas de distension des ventricules pour méningite aiguë, simple ou tuberculeuse, la ponction des ventricules est indiquée, et peut entraîner la guérison.

L'épanchement du sang, soit traumatique, soit par altération des vaisseaux peut être également traité avec succès par la ponction. Lorsqu'un épanchement séreux est dû à une tumeur du cerveau, la ponction soulage le malade.

Enfin dans l'hydrocéphalie chronique, ce traitement est encore indiqué : mais si, dans l'hydrocéphalie chronique, avec distension modérée des ventricules, sans élargissement de la tête, la ponction peut amener la guérison, dans l'hydrocéphalie avec grande distension des ventricules et élargissement de la tête, l'opération conduira à des résultats fatals.

Après la ponction comment doit-on pratiquer le drainage ? Si l'épanchement dans le ventricule est le résultat d'une inflammation aiguë encore active, la compression sera levée par l'issue rapide du liquide, suivie d'un drainage continu tant que subsiste la période aiguë, ou bien par des ponctions répétées. Mais si l'inflammation est dans la période de régression, l'évacuation du liquide par simple ponction sans drainage sera suffisante.

Lors de tumeurs du cervelet ou d'autres parties du cerveau, de caillot traumatique, etc... ; compromettant la circulation au point d'entraîner l'hydropisie du ventricule, si l'épanchement est récent, on pourra employer un drainage rapide et continu : mais si cet épanchement est ancien, très abondant, si le cerveau est plus ou moins atrophié, le drainage continu lent ou les ponctions répétées, semblent indiqués.

Dans l'hydrocéphalie chronique, avec grande distension du ventri-

cule, alors que le tissu cérébral est atrophié et altéré dans sa structure, afin de permettre le retour graduel à l'état normal, mieux vaudra ponctionner, puis drainer lentement, l'évacuation rapide du liquide pouvant dans ce cas être fatale.

Lorsqu'un abcès cérébral se rompt dans le ventricule latéral, le drainage large et rapide, avec lavage, est le seul moyen de parer à un accident aussi grave ; dans ces cas, le mieux serait de trépaner des deux côtés, et de drainer d'un côté à l'autre. MAUBRAC.

Pathogenic infective diseases of the brain and spinal cord (Des infections pyogéniques du cerveau et de la moelle), par William MACEWEN (*Grand in*-8 *de* 355 *pages*, *Glasgow*, 1893).

Le livre que voici traite d'un point de pratique chirurgicale qui, dans ces derniers temps a pris un remarquable développement.

C'est aux affections endocraniennes qui résultent de l'otite moyenne suppurée, que Macewen a consacré la plus grande partie de ce travail et si ce livre a, à nos yeux, une plus haute valeur, c'est qu'il représente la pratique personnelle d'un des plus compétents en chirurgie cérébrale.

Non point que les travaux si nombreux publiés sur ce sujet aient été négligés ou méconnus par l'auteur, mais Macewen s'est surtout appuyé sur les observations d'un très grand nombre de malades observés et opérés par lui.

En un mot, ce livre montre les résultats qui peuvent être obtenus avec un diagnostic précis de la lésion et de son siège, et l'emploi des méthodes antiseptiques, et aussi avec l'expérience et la compétence spéciales d'un chirurgien.

Le premier chapitre contient une description détaillée de l'anatomie chirurgicale du temporal, des sinus veineux de la tête, et des membranes du cerveau.

Deux chapitres d'une extrême précision sont consacrés à l'étude de la pathologie des abcès cérébraux et de la méningite, et à leur symptomatologie. La thrombose des sinus intra-craniens fait l'objet unique du quatrième chapitre. Les deux derniers chapitres concernent le traitement de ces diverses affections, et les résultats qui ont été obtenus.

Nous ne pouvons analyser ces divers chapitres et nous nous bornerons à donner le sommaire des résultats opératoires de Macewen.

38 malades atteints d'otite moyenne purulente, avec lésions limitées aux cellules et à l'antre mastoïdien ont été opérés, tous avec succès. 16 malades, atteints d'otite moyenne avec extension des lésions à l'os pétreux ont été opérés ; 5 ont guéri entièrement, et 11 ont été améliorés seulement, mais toujours l'écoulement a été diminué de quantité et une barrière de tissu connectif s'est développée entre les points malades, et les régions intra-craniennes les plus vulnérables.

L'opération a été pratiquée pour 17 cas de pachyméningite externe dont plusieurs étaient compliqués d'un petit abcès extra-dure-mérien. Tous ces malades ont guéri.

12 cas de lepto-méningite purulente ont été observés par Macewen : 6 ont été opérés et ont guéri : 5 fois l'inflammation siégeait dans la fosse cérébrale, et une fois dans la fosse cérébelleuse.

Macewen considère la lepto-méningite suppurée comme la plus sérieuse et la plus rapidement fatale des infections pyogéniques du cerveau.

Sur 6 malades atteints de lepto-méningite cérébro-spinale, 5 ont été opérés, un seul a guéri.

Les cas d'opération pour thrombrose du sinus latéral sont au nombre de 28 ; ils ont donné 20 guérisons et 8 décès. Le pronostic dépend ici surtout du degré de l'infection générale. Si l'opération est pratiquée avant l'envahissement du système général, la guérison est probable. Mais lorsque les poumons sont le siège d'infarctus, la guérison devient douteuse : Macewen cependant obtint la guérison chez un malade dont le poumon était manifestement le siège d'infarctus.

Les abcès du cerveau sont au nombre de 28 ; 19 furent opérés et 18 fois la guérison fut obtenue.

Ces observations se répartissent ainsi :

Abcès du lobe temporo-sphénoïdal.	10 cas ; 9 opérés ; 8 guéris.
Abcès du lobe frontal...........	2 cas ; 1 opéré ; 1 guéri ; 1 mort.
Abcès du lobe pariétal...........	1 cas ; 1 opéré ; 1 guéri ;
Abcès superficiel (ulcération du cerveau).....................	4 cas ; 4 opérés ; 4 guéris ;
Abcès cérébelleux	8 cas ; 4 opérés ; 4 guéris ; 4 morts.

Ces résultats sont remarquables et on ne peut invoquer une heureuse série, car plusieurs de ces cas étaient des plus graves et des plus compliqués. Ces succès ne peuvent s'expliquer que par la rapidité et la précision de l'intervention. MAUBRAC.

Opération d'un abcès cérébral consécutif à un panaris, par von EISELSBERG (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 37, p. 905, 11 *septembre* 1893).

Après avoir pratiqué sur le crâne la résection temporaire d'après Wagner (*R. S. M.*, XXXV, 575), Von Eiselsberg incisa la dure-mère sans trouver de pus ; l'abcès siégeait à 8 centimètres de profondeur dans le lobe frontal et contenait 3 cuillerées à bouche de pus ; drainage. 9 semaines plus tard, fermeture de la perte de substance par rabattement du lambeau osseux. Guérison. J. B.

Vorstellung eines Falles von geheilter Schaedelverletzung mit Knochen-Implantation, par W. KOERTE (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 31, p. 755, 31 *juillet* 1893).

Homme ayant une fracture compliquée du crâne. La plaie se trouvait dans la région correspondant à la circonvolution centrale antérieure droite ; elle était très sale, avait une longueur de 7 centimètres sur moitié de large ; l'os était réduit en un grand nombre de fragments profondément enfoncés. Après désinfection de la plaie, Koerte en sortit tous les fragments osseux complètement détachés des parties molles ; la table vitrée était entièrement séparée de la table externe. Immersion de ces fragments dans une solution de sublimé puis dans une solution salée chaude. Koerte les remit ensuite en place, comme les morceaux d'une mosaïque, en commençant par la table interne. La perte de substance cranienne ainsi comblée, les parties molles furent réunies par quelques points de suture. Suites de l'opération apyrétiques ; le cinquième jour, convulsions du côté opposé, débutant par les extenseurs de l'avant-bras, envahissant ensuite les autres muscles de la région

puis ceux de la face et du cou, enfin ceux des membres inférieurs. Deux jours plus tard, nouvel accès convulsif avec perte absolue de la connaissance. Ayant rouvert la plaie, Koerte détacha un fragment osseux gros comme l'ongle du pouce, ce qui lui permit de reconnaître que les divers fragments avaient déjà contracté une union avec les os intacts par l'intermédiaire de bourgeons charnus. La plaie n'offrant rien d'anormal, Koerte incisa la dure-mère (qui était intacte) et constata qu'il n'y avait pas d'épanchement sanguin au-dessous d'elle ; mais ayant ouvert enfin la circonvolution cérébrale supérieure, il tomba dans un foyer contenant des caillots et des détritus de substance cérébrale. Il plaça de la gaze iodoformée dans la petite lacune résultant de l'opération. Le malade eut encore deux ou trois accès convulsifs puis guérit parfaitement. La lacune elle-même est en voie de comblement. Un peu de parésie des muscles de l'avant-bras gauche a même disparu et l'intelligence n'a pas souffert. J. B.

Des indications opératoires de la craniectomie. par LAUDON CARTER GRAY (*The Amer. j. of the med. sc.*, *p.* 613, *juin* 1893).

De toutes les causes d'idiotie, seuls l'ossification prématurée des sutures et des fontanelles, les traumatismes récents et les hémorragies peuvent indiquer la craniectomie. La porencéphalie, la méningite, la méningo-encéphalite et le myxœdème sont des lésions sur lesquelles la chirurgie ne peut rien.

On peut diagnostiquer ces causes d'idiotie dans un grand nombre de cas. Le traumatisme est facile à reconnaître, soit qu'il relève d'un travail prolongé ou d'une délivrance instrumentale, soit qu'il soit survenu après la naissance. Les hémorragies localisées ou généralisées sont d'ordinaire le fait d'un traumatisme. La méningite peut être reconnue, qu'elle soit traumatique, épidémique ou endémique. La porencéphalie, le myxœdème ont des signes spéciaux, seule la méningo-encéphalite à forme subaiguë ou chronique ne peut être reconnue, mais elle est rare. C'est dans le cas où on ne reconnaît aucune de ces causes d'idiotie que l'on peut penser à la soudure prématurée des sutures et fontanelles.

Pour avoir une opinion sur les résultats obtenus, il faut qu'il y ait un an révolu depuis la craniectomie.

L'auteur ajoute un cas d'ablation d'un kyste des circonvolutions frontales. Le malade guérit et retrouva son intelligence. F. VERCHÈRE.

Recherches sur la névralgie spasmodique ou tic douloureux de la face; pathogénie et traitement, par JARRE. Rapport de MAGITOT (*Bull. Académie de méd.*, 5 *décembre* 1893).

Le tic douloureux de la face est dû à une lésion périphérique, qui occupe les extrémités terminales de la cinquième paire. Cette lésion, qui siège sur le bord alvéolaire de l'une ou l'autre mâchoire, est d'origine cicatricielle (accidents antérieurs divers).

Cette affection doit être traitée par l'ablation d'un segment du bord alvéolaire comprenant le foyer d'origine du mal ; l'opération n'offre aucune gravité et guérit plus ou moins rapidement suivant que le bord alvéolaire a été détruit par les cautérisations ignées ou par l'ablation extemporanée. Sur 15 malades ainsi traités, l'auteur ne signale que

5 insuccès; il y a donc eu 10 guérisons, dont les deux plus anciennes ne datent, il est vrai, que de onze mois et dix mois. OZENNE.

Removal of the gasserian ganglion, par PARKHILL (*Med. News*, *p.* 319, 16 *septembre* 1893).

Une femme de 60 ans, rhumatisante, a commencé il y a 8 ans à souffrir de névralgie de la première branche du trijumeau; quelque temps après, la deuxième branche devint douloureuse, et enfin, il y a trois ans, la troisième branche fut atteinte à son tour. Il y a 8 ans, le sous-orbitaire fut excisé, ce qui soulagea la malade pendant 5 mois. A ce moment les trois branches furent excisées, à leur point d'émergence, à la face.

Six mois après, nouvelle excision de la deuxième branche sans résultat favorable. La malade prit alors de la morphine (jusqu'à 7 grammes par jour), et, dans les derniers temps, du chloroforme ; dans les dix jours qui précédèrent la dernière opération, la malade consomma 4 livres de chloroforme. Le 4 septembre 1893, on pratiqua la résection du ganglion de Gasser, selon le procédé de Rose.

L'apophyse coronoïde fut détachée avec l'insertion du temporal, et la maxillaire interne coupée entre deux ligatures : une couronne de trépan fut ensuite appliquée en avant et en dehors du trou ovale, et, en se guidant sur le nerf maxillaire inférieur, on extirpa, à l'aide d'une curette, le ganglion de Gasser. L'apophyse coronoïde fut coupée d'un coup de ciseau et rejetée, l'apophyse zygomatique fut simplement suturée à l'aponévrose temporale, sans faire aucune suture osseuse. Suture de la peau : pas de drainage.

Guérison rapide et complète au 7e jour. La morphine est donnée, mais en diminuant graduellement jusqu'au 14e jour, puis on la supprime. Dix mois sont écoulés depuis l'opération, sans que la douleur ait reparu. MAUBRAC.

Traumatisms and traumatic aneurysms of the vertebral artery, par Rudolph MATAS (*New York med. journ.*, *p.* 444, 14 *octobre* 1893).

Le 8 juillet 1888, entre dans le service de Matas un jeune mulâtre porteur d'un anévrisme consécutif à un coup de feu reçu à la partie postérieure du cou. L'anévrisme occupait le triangle sous-occipital droit, et s'était développé aux dépens de l'artère vertébrale au niveau de l'espace atlo-axoïdien. La compression, l'électrolyse furent employées sans résultat. On pratiqua alors l'incision de la tumeur et l'extirpation du sac. Le tamponnement, avec une compression élastique solide assura la guérison en 11 jours. Le malade, revu onze mois après l'opération, restait parfaitement guéri.

Matas a réuni 53 cas de lésions de l'artère vertébrale : 11 cas d'anévrismes endo-craniens, tous terminés par la mort ; 20 cas d'anévrismes extra-craniens ou cervicaux dont 6 seulement ont guéri ; 22 cas de blessures ou lésions de l'artère dans sa portion extra-cranienne, avec 2 guérisons.

Voici les conclusions de ce mémoire :

A. — *Traitement des anévrismes traumatiques.* — 1° Les anévrismes de la partie supérieure et plus superficielle de l'artère peuvent sans intervention opératoire guérir par le repos, la compression, le froid ; dans la majorité des cas, l'anévrisme a une tendance naturelle à s'accroître et à se rompre, en dépit du traitement précédent et cette tendance à la rupture est évidemment favorisée par l'augmentation de tension que cause la ligature de la carotide, à laquelle on a malheureusement recours

souvent, à la suite d'erreur de diagnostic. Les efforts pour lier l'artère soit dans la région où siégeait l'anévrisme, soit au point blessé, ont échoué devant l'abondance de l'hémorragie, qui a obligé de recourir au tamponnement. Le cas de Fenger (1881) fait seul exception : la conduite opératoire fut : ligature de la carotide commune et de l'occipitale, ouverture du sac, ligature de la vertébrale entre l'axis et l'atlas ; le malade guérit. L'injection de liquide coagulant doit être rejetée ; peut-être l'electrolyse pourra-t-elle donner quelque succès. La méthode d'Antyllus paraît être ici de choix. Toutefois, en présence d'un anévrisme cervical idiopathique ou d'anévrisme traumatique circonscrit situé en un point trop élevé dans la région postérieure du cou, une ligature de la vertébrale, selon le procédé de Hunter, pourrait être tentée avec succès, surtout si on y adjoignait le froid, la compression, le repos, etc.; malgré la circulation collatérale très facile, on pourra peut-être obtenir la formation de caillots dans le sac.

B. — *Traitement des blessures et hémorragies de la vertébrale.* — Ici doivent s'appliquer les mêmes préceptes que pour l'anévrisme traumatique : en particulier, la méthode d'Antyllus.

Parfois la nature de la blessure est telle qu'il est impossible d'atteindre la plaie du vaisseau, par exemple, lorsque la blessure est due à un projectile qui a pénétré par la bouche, et lorsque l'hémorragie se fait dans l'espace pharyngé : la compression par la bouche étant impossible, on recourra à la ligature immédiate temporaire de la carotide (dont une des branches est le plus souvent atteinte en même temps), et à la compression directe de l'artère vertébrale, au niveau du tubercule de la sixième vertèbre cervicale ; le diagnostic peut alors être complété et les ligatures peuvent être serrées en connaissance de cause. Dans les cas les plus ordinaires, les difficultés et les dangers sont surtout grands dans le trajet cervical inférieur de l'artère, avant qu'elle ait atteint la gouttièrede la sixième cervicale. Les plaies de cette région sont ordinairement mortelles avant que le chirurgien n'ait eu le temps d'opérer, et, presque toujours plusieurs vaisseaux, artères ou veines, sont simultanément atteints. Si la plaie siégeait dans la portion cervicale intra-vertébrale, la conduite à tenir en pareil cas serait : comprimer au-dessous du tubercule carotidien, pour oblitérer la vertébrale avant sa pénétration dans le canal osseux : ouvrir largement la plaie pour exposer directement l'artère, la compression avec le doigt, et mieux avec une grande pince qui enserrera en masse, les vaisseaux blessés, et alors dénudation de l'artère dans un espace inter-transversaire que l'on pourra agrandir en détruisant, à l'aide d'une pince-gouge, la partie antéro-externe du canal où est logée l'artère. MAUBRAC.

Suturing of the brachio-cephalic vein, par MARIN (*New York med. journ.*, *p.* 411, 7 *octobre* 1893).

Le 1er mai 1889, entre à l'hôpital un homme qui vient de recevoir une balle de pistolet. La balle, entrant au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche, était sortie au-dessus de la clavicule droite, à l'union du tiers interne et du tiers moyen. Le trajet, sous-cutané à gauche, passait en arrière du muscle sterno-claviculaire droit, et au-dessus de son insertion clavicu-

laire. Deux heures après l'accident, le patient est pâle, exsangue, en état syncopal, avec un pouls petit et fréquent ; l'hémorragie est très profuse, semblant cesser durant l'inspiration, mais devenant très abondante au moindre effort.

Après incision de la peau et décollement du faisceau claviculaire du muscle, on arriva sur un vaisseau béant qu'on tenta vainement de lier ; on constata alors que la plaie vasculaire siégeait à la jonction de la jugulaire interne et de la veine sous-clavière. La ligature de toutes les veines afférentes paraissant impossible, la compression avec un tampon de gaze étant incertaine et dangereuse, on se décida à suturer la plaie veineuse : cette suture fut faite au catgut, l'hémorragie s'arrêta aussitôt, et, en dépit des efforts du patient, ne reparut plus. Les sutures comprenaient l'épaisseur entière de la paroi du vaisseau. Au bout d'un mois le blessé était guéri sans qu'on eût noté de thrombus ou d'arrêt de la circulation.

Marin rapporte un second cas suivi de guérison, de suture latérale de la veine fémorale blessée au cours de l'extirpation de ganglions cancéreux de l'aine.

MAUBRAC.

De la résection veineuse dans les cas de thrombose pour parer aux accidents emboliques, par ISCH-WALL (*Bull. Soc. chir., XIX, n° 8, p.* 553).

Homme. Phlébite variqueuse dans le domaine de la saphène interne gauche. Fièvre. Accidents très nets d'embolie pulmonaire. Le caillot, à ce moment, remonte jusqu'à l'embouchure de la saphène dans la veine fémorale. Incision à la cocaïne. Mise à nu de la saphène sur une hauteur de 10 centimètres, à partir de son embouchure. Résection du vaisseau entre deux ligatures. Pied très œdématié après l'opération. Un mois après, retour à l'état normal.

ARROU.

Sur un cas de résection sous-périostée du maxillaire inférieur, par LEWIN (*Ann. Soc. belge de chir.*, 15 *août* 1893).

Dans ce cas, il s'agit d'un enfant de 8 ans, atteint d'ostéite hypertrophique du maxillaire inférieur droit. Une incision ayant montré que l'os était malade dans sa totalité, on procède au détachement du périoste jusqu'à la partie supérieure de la branche montante, et l'on parvient à extraire tout le maxillaire droit, y compris sa branche montante avec son condyle, en laissant les dents suspendues à la gencive. Guérison rapide sans suppuration. Dans la suite, la régénération de la mâchoire s'est faite et les dents ont été conservées, ce qui ne peut s'expliquer que par la conservation du périoste alvéolo-dentaire. L'os régénéré a moins de longueur et de hauteur que l'ancien.

OZENNE.

Contribution à l'étude de la tuberculose linguale ; des abcès froids de la langue, par C. WHITMAN (*Thèse de Paris*, 1893).

La tuberculose peut se manifester du côté de la langue, sous la forme d'un véritable abcès froid, secondaire en général à des lésions des voies aériennes et dû à l'inoculation directe par les crachats. On le trouve en effet à la face dorsale et à la partie moyenne de la langue, présentant des noyaux uniques ou multiples, résistant plus ou moins, siégeant dans le tissu musculaire et offrant tous les caractères classiques de l'abcès froid. L'auteur a pu, par inoculation directe de bacilles, reproduire

chez le lapin la gomme tuberculeuse type et en étudier, histologiquement et macroscopiquement, tous les détails.

Rien de particulier à signaler comme marche et traitement; le diagnostic, en l'absence d'autres signes avancés de tuberculose, est parfois difficile. 10 observations dont 3 inédites. A. CARTAZ.

Bericht über eine Strumectomie bei Morbus Basedowii, par A. NEUMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 28, *p.* 713, 17 *juillet* 1893).

Femme de 30 ans, atteinte de goitre exophtalmique.

Vu l'insuccès des médications internes, le 3 mai on pratiqua la thyroïdectomie d'après le procédé Kocher, après ligature des vaisseaux afférents et en laissant en avant de la trachée un petit segment de la glande ; le 16 juin, cicatrisation parfaite. Dans les deux premiers jours après l'opération, la fréquence du pouls s'était élevée à 160 et 180, mais le troisième jour elle tomba à 96 et 88 et à partir du onzième jour elle oscilla toujours entre 60 et 72.

Les palpitations et la dyspnée n'ont pas reparu. Le signe de Graefe a disparu ainsi que l'exophtalmie. Les restes du corps thyroïde n'ont pas augmenté de volume. Le cœur ne présente qu'un peu d'excitabilité; la voix est restée un peu faible. Bref, depuis 9 mois qu'a eu lieu l'opération, la femme ne se plaint plus de rien, n'a cessé d'augmenter en poids et est plus calme.

Dans la discussion, Hahn cite un cas de thyroïdectomie unilatérale, avec disparition de l'exophtalmie du côté opéré (*R. S. M.*, XVI, 288 ; XXVI, 710; XXXI, 640 ; XXXVII, 631 et XXXVIII, 635). J. B.

Note sur 15 cas de thyroïdectomie avec présentation d'un cas, par WARNOTS (*Ann. Soc. belge de chir.*, 15 *novembre* 1893).

Warnots relate l'observation d'une femme de 39 ans, sur laquelle il a fait la thyroïdectomie pour un volumineux goitre ayant subi la transformation cancéreuse. Le nombre des thyroïdectomies pratiquées par l'auteur s'élève jusqu'à ce jour à 16, dont un seul décès chez un malade apporté en état de suffocation telle que l'opération ne put être terminée. Dans les 15 autres cas, deux variétés de goitres ont été observées : le goitre hypertrophique avec dégénérescence colloïde (12) et le goitre néoplasique, cancer et sarcome (3). Dans 8 de ces cas on avait en vain essayé des injections différentes. En ce qui concerne ces injections, Warnots les croit inutiles et dangereuses dans les cas de goitres hypertrophiques simples ou colloïdes : elles rendent l'opération radicale plus compliquée, et elles ont une marche fâcheuse sur l'affection s'il y a complication de néoplasme. C'est au procédé classique de Kocher que l'auteur a toujours eu recours dans ces ablations. OZENNE.

The treatment of Grave's disease by thyroïdectomy, par J.-J. PUTNAM (*Journ. of nerv. and ment. dis.*, *p.* 779, *décembre* 1893).

A l'occasion d'un cas de maladie de Basedow typique et d'intensité moyenne, opéré et très amélioré, sinon complètement guéri par la thyroïdectomie, Putnam passe en revue les différents cas de cette affection dans lesquels cette méthode de traitement a été appliquée. Il expose les principaux faits qui ressortent de cet examen comporatif et en tire des

conclusions sur la nature même de la maladie de Basedow. Pour lui, cette maladie ne serait pas uniquement due à un trouble de l'action du corps thyroïde, mais bien à des désordres dans la régulation vaso-motrice.

PIERRE MARIE.

Two cases illustrating the value of gastrostomy for the exploration of the cardiac extremity of the stomach, par Ernest LAPLACE (*New York med. journ., p.* 412, 7 *octobre* 1893).

1° Un homme de 54 ans, atteint de rétrécissement de l'extrémité cardiaque de l'œsophage, entre à l'hôpital dans un état d'émaciation extrême ; aucune sonde ne peut franchir le rétrécissement, et depuis trois mois le patient est alimenté à l'aide de lavements.

Une gastrostomie permet d'établir une fistule stomacale par laquelle on peut alimenter le malade qui rapidement augmente de poids et de forces. A ce moment, le malade put avaler des aliments qui, sans difficulté, passèrent par l'œsophage.

Le patient paraissant en parfaite santé, on résolut de fermer la fistule. On trouva alors une masse pédiculée, un polype sans doute qui, né à l'extrémité cardiaque, avait en se pédiculant laissé libre l'orifice de l'œsophage. La tumeur fut laissée en place et la fistule oblitérée. Le patient est actuellement en bonne santé.

2° Chez un homme de 52 ans, atteint de syphilis tertiaire, on pratiqua la gastrostomie pour rétrécissement infranchissable de l'œsophage. Au bout de deux semaines, l'état désespéré du malade s'était considérablement amélioré. Une sonde fut alors introduite par l'estomac dans l'œsophage, puis la dilatation fut continuée, et, au bout de 8 jours, l'alimentation solide par la bouche était possible. La fistule fut oblitérée ; le malade est actuellement en santé parfaite.

MAUBRAC.

Fall von Gastrostomie nach Albert Methode, par KOCHER (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte, n°* 15, *p.* 525, 1er *août* 1893).

Kocher rappelle les divers procédés opératoires imaginés, pour assurer l'occlusion de la bouche stomacale, par Von Hacker (*R. S. M.*, XXXVI, 639), Girard (*R. S. M.*, XXXIII, 220 et XXXVI, 248), Hahn (*R. S. M.*, XXXVI, 638 et XXXVIII, 668), Witzel (*R. S. M.*, XLII, 665). Aucun d'eux ne l'ayant satisfait, il a eu recours chez un malade atteint de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, au procédé d'Albert (*Wiener klin. Woch.*, mars 1893) qu'il a un peu modifié :

Incision sur le milieu du grand droit abdominal, parallèle au rebord costal et à 4 centimètres de lui. L'aponévrose musculaire est sectionnée et détachée d'une insertion tendineuse. Les fibres musculaires sont coupées parallèlement à leur direction, le fascia transverse est ouvert et le péritoine, incisé, est suturé à l'aponévrose superficielle du muscle grand droit. Afin de ménager les fibres latérales de ce muscle, Kocher le sectionne un peu en dedans de la plaie cutanée et attire ses fibres en dehors.

L'estomac fut facilement attiré ; on en sutura la base d'un cône de 5 centimètres de long, au bord du péritoine pariétal, après avoir fixé le sommet du cône par une anse de fil prenant toute l'épaisseur des parois stomacales ; Kocher fit alors au-dessus du rebord costal, en dehors et au-dessus de la première incision, une petite incision cutanée et le cône stomacal amené dans cette plaie, entre la peau et le fascia, y fut fixé par quatre sutures profondes, puis ouvert et sa muqueuse suturée par quatre nouveaux

points de suture. A l'aide d'une sonde élastique, on injecta dans l'estomac 100 centimètres cubes d'eau salée stérilisée ; il ne s'écoula rien de l'estomac.

En résumé dans le procédé qu'a suivi Kocher, on assure la fermeture de la bouche stomacale par une incurvation obtenue en attirant d'abord l'estomac en bas et en dedans de la plaie et en le rabattant ensuite en dehors et en haut, ce qui produit la juxtaposition de ses parois. Le résultat est d'autant plus certain que les fibres du grand droit, sectionnées comme il a été décrit, se rétractent en dedans et se tendent pour se contracter. La première plaie pratiquée dans le fascia et le péritoine ne doit pas être de plus de 4 centimètres, sinon on s'expose à amener dans la plaie quelque gros vaisseau de l'une des courbures de l'estomac, ce qui complique la suture.

Chez l'opéré de Kocher l'occlusion de la bouche stomacale est parfaite ; il ne porte aucun bandage. Il ne s'écoule quelques gouttes de liquide que pendant la toux, ou lorsque l'estomac est plein outre mesure.

J. B

Gastroenterostomie, par ALSBERG (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 27, *p.* 654, 1893).

Homme de 56 ans, atteint de cancer du pylore, très amaigri, pesant 80 livres seulement. On trouve le grand épiploon semé de noyaux cancéreux, de sorte qu'il est impossible de songer à une opération radicale ; on fait la gastroentérostomie. Au bout de huit semaines, l'opéré gagne 36 livres, se sent robuste et reprend son métier de maçon. Six mois et demi après l'opération il a encore augmenté de poids ; il mange des aliments de toute sorte sans dommage ; la tumeur pylorique n'a pas augmenté de volume.

Conformément aux conseils de Wölfler, l'auteur a recherché le premier segment du jejunum, et c'est cette anse juxta-duodénale qu'il a mise en communication avec l'estomac. L. GALLIARD.

Ueber einen Fall von Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz, par RIEGNER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 16, *p.* 372, 1893).

Une fille de 20 ans a avalé volontairement, le 11 octobre, de l'acide chlorhydrique, Elle a des désordres gastriques très graves. Le 16 novembre, elle est admise à l'hôpital ; maigreur extrême, pâleur ; l'estomac peut contenir 2 litres 1/2 de liquide. Il y a rétrécissement presque complet du pylore Les lavements alimentaires ne soutiennent pas les forces de la malade.

Le 18 novembre, lavage de l'estomac, incision de 6 centimètres sur la ligne médiane ; incision de 3 centimètres sur la paroi antérieure de l'estomac près du pylore. On peut difficilement faire passer par le pylore une sonde d'argent n° 12 de Charrière. Incision du pylore sur la sonde cannelée, intéressant le duodénum sur une longueur de 4 centimètres. On voit alors une cicatrice grande comme une pièce d'un mark. On prolonge l'incision horizontale et au moyen de sutures on crée un nouveau canal dont la paroi postérieure est constituée par la cicatrice et la paroi antérieure par les parties saines des muqueuses gastrique et duodénale. On suture la paroi abdominale. 24 heures après l'opération, la malade succombe.

L. GALLIARD.

Morcellement d'un gros calcul biliaire enchatonné dans le cholédoque, par TUFFIER (*Bull. Soc. de chir.*, *XIX*, *p.* 66).

Les calculs du cholédoque donnent souvent lieu à une atrophie de la vé-

sicule biliaire. La conséquence en est double : d'abord, quoique le calcul soit mobile jusqu'à un certain point dans le cholédoque, on ne peut le faire rentrer dans la vésicule rétractée, et, par suite, l'incision doit porter sur le canal lui-même, plutôt que sur la vésicule; en second lieu, dans le cas dont parle Tuffier, les voies biliaires extra-hépatiques étaient englobées dans une masse volumineuse, constituée par des brides épiploïques épaisses, qui avaient été prises pour une vésicule distendue par des calculs.

Il faut donc garder cette double notion et réserver, dans les cas analogues, le diagnostic de l'état de la vésicule.

Dans le cas de Tuffier, le calcul fut extrait après broiement. ARROU.

Further cases illustrative of hepatic surgery, par KNOWSLEY THORNTON (*Trans. of the med soc. of London, L, p.* 376).

Exposé de cinq observations d'opérations heureuses sur la vésicule et les conduits biliaires. L'auteur en tire les conclusions suivantes :

1° Innocuité absolue de l'incision exploratrice dans les cas douteux, où l'on soupçonne la présence d'un calcul sans en être sûr;

2° Les calculs de petit volume, enclavés dans les conduits biliaires, doivent être fragmentés et broyés, soit avec les doigts, soit avec les pinces : les calculs volumineux nécessitent l'incision du cholédoque et la suture secondaire après l'ablation du calcul;

3° Dans les cas où on laisse des débris de calculs dans les voies biliaires, la vésicule doit être ouverte, suturée au niveau de l'incision abdominale et drainée;

4° Dans les cas où les conduits biliaires sont incisés et suturés, il faut passer un drain à travers le péritoine à côté du conduit suturé, et la vésicule biliaire doit être également drainée;

5° Il faut opérer de bonne heure, avant que les conduits biliaires ne soient ulcérés par la présence de calculs enclavés. H. R.

Ueber den Darmverschluss durch Gallenstein (De l'obstruction intestinale par calcul biliaire), par W. KŒRTE (*Arch. f. klin. Chir., XLVI,* 2).

A l'occasion de quatre cas d'occlusion intestinale par calcul biliaire, terminés l'un par la mort sans intervention, le second par la mort après intervention et les deux autres par la guérison après intervention, Kœrte discute quelques points relatifs à cet accident de la lithiase biliaire.

En ce qui concerne tout d'abord la pénétration du calcul dans le tube intestinal, on admet depuis Fiedler que cette migration ne se fait pas par les voies naturelles, mais que le calcul ulcère et perfore successivement le vésicule biliaire et la paroi intestinale. Kœrte a pu vérifier l'exactitude de ce mécanisme dans les deux autopsies qu'il a pratiquées.

Comme cela arrive en général, le calcul s'est arrêté dans trois cas au niveau de la partie inférieure de l'intestin grêle, mais dans le quatrième cas on le trouva dans l'S iliaque, ce qui est tout à fait exceptionnel.

Pour expliquer les phénomènes d'occlusion on ne pouvait invoquer dans les trois cas opérés par Kœrte, ni torsion de l'intestin, ni courbure des brides

péritonéales, ni ulcération de la paroi aux adhérences. Dans les trois cas le calcul était fortement enserré dans le canal intestinal par la paroi fortement contracturée sur lui. Kœrte admet que, pendant longtemps, le calcul laisse passer les matières intestinales ; mais à un certain moment cellles-ci s'accumulent au-dessus de lui, fermentent et donnent naissance à des substances irritantes qui excitent la contraction de l'intestin.

Quant au traitement, l'auteur conseille d'essayer tout d'abord les opiacés, et si ces derniers ne donnent pas de résultats au bout de 24 à 48 heures, de faire la laparotomie. Après incision du ventre, on procède à un examen méthodique ; on inspecte d'abord la région iléo-cæcale, puis les orifices herniaires, et, chez la femme, le petit bassin : enfin, on parcourt l'intestin grêle suivant la méthode recommandée par Mikulicz. De cette façon, Kœrte est arrivé à trouver rapidement l'endroit où le calcul était arrêté. L'anse correspondante est alors attirée au dehors et incisée ; le calcul une fois extrait, on procède au nettoyage et à la suture. L'auteur recommande de suturer transversalement l'incision faite parallèment à l'axe de l'intestin ; on évite ainsi les rétrécissements.

Pour terminer, l'auteur se demande si le diagnostic de l'affection est possible. Il ne le croit pas, et de fait dans les cas qu'il a observés il n'avait pas été posé. REBLAUB.

De l'appendicite, relation de 68 cas opérés, par LENNANDER (*Nordiskt med. Arkiv, XXV*, 27).

L. a opéré 68 cas d'appendicite de septembre 1888 à juillet 1893 (38 hommes, 30 femmes dont les trois quarts adolescents, entre 15 et 35 ans) avec 6 morts, dont 4 dues à la péritonite diffuse au moment de l'opération, 2 à de l'appendicite gangreneuse, 1 avec volvulus et l'autre avec pyémie. L'auteur insiste beaucoup sur l'importance du traitement médical, mais il estime qu'on doit opérer, même en pleine attaque, quand on a à redouter une péritonite diffuse ; l'intervention doit être immédiate.

Pour les cas relativement bénins, il faut opérer quand le traitement médical n'amène pas d'amélioration et qu'il survient de l'iléus.

Quant aux appendicites récidivantes, elles doivent être opérées, quand les attaques, même bénignes, reviennent souvent ; quand les rechutes deviennent de plus en plus pénibles ; enfin si la restauration complète ne survient pas. A. C.

Clinique et traitement de l'appendicite (Discussion à la Société de chirurgie), (*Bull. Soc. de chir., XIX, p.* 422-442-454-472).

Reclus, à propos d'un appendice enlevé par lui, revient sur différents points de l'histoire de l'appendicite. Il note, en particulier, que le traitement médical paraît assez souvent réussir, mais qu'il s'agit alors, le plus souvent, de fausses guérisons. Le mal suit son cours, et la perforation, ou tout au moins l'inflammation n'a subi qu'un temps d'arrêt, mais ne tardera pas à se manifester de nouveau. D'autre part, un abcès péri-appendiculaire peut exister en dépit de la bénignité des symptômes observés ; son malade n'avait pas même pas eu de fièvre. Enfin l'auteur

se montre favorable à la résection de l'appendice, qui ne lui a donné que des succès.

Verneuil et *Championnière* font valoir la longue durée des améliorations obtenues par le traitement médical. Certaines d'entre elles, non démenties depuis des années, peuvent être considérées comme de véritables guérisons.

Richelot revient sur une communication faite par lui 15 mois auparavant, et dans laquelle il émettait l'opinion qu'il fallait compter, en clinique, avec les cas de typhlite et d'appendicite tuberculeuses. A côté des grosses tumeurs tuberculeuses, il y a des localisations peu étendues, vraiment chirurgicales, au voisinage de la valvule iléo-cæcale par exemple. Le diagnostic de cette forme est des plus difficiles. Néanmoins, il faut s'en défier dans les cas si souvent signalés d'appendicite à rechute.

Quénu insiste sur la nécessité d'ouvrir la poche purulente péri-cæcale avec précaution, de ne décoller les adhérences que le moins possible et seulement dans la mesure du nécessaire. Quant à l'appendice, il ne l'a jamais réséqué, et cependant il a obtenu des guérisons qui se sont maintenues. La conduite à tenir est tout autre dans les cas chroniques ; il faut alors rechercher l'appendice, cause du mal, et le réséquer.

Reynier et *Monod* confirment la facon d'agir de Quénu. On a toute liberté d'action quand on opère à froid, loin de toute atteinte aiguë. Dans ce dernier cas, il peut être dangereux de pousser trop loin la recherche de l'appendice. Les malades guérissent, et voient même se tarir la fistule stercorale qu'on note assez souvent à la suite des interventions chirurgicales.

Tuffier distingue les différents cas d'appendicite et retient ceux dans lesquels la péritonite est généralisée. Il s'est trouvé quatre fois en présence de cas semblables et n'a pas hésité à les opérer. Deux de ses malades ont guéri. En admettant même qu'il s'agisse là d'une série particulièrement heureuse, on ne doit pas hésiter à intervenir, puisque la mort est la conséquence inévitable de l'infection générale du péritoine.

Reclus résume la question des appendicites. Il se range à l'opinion de Richelot, en ce qui concerne la tuberculose limitée de la région cæcale et la possibilité de l'attaquer chirurgicalement. On a moins de chance de succès, évidemment, dans les péritonites généralisées consécutives aux perforations appendiculaires. Néanmoins l'intervention s'impose. Une question plus délicate se pose. Doit-on attendre la résorption des abcès péri-cæcaux, lorsque ceux-ci sont entrés dans une période d'accalmie et ne s'accompagnent plus de symptômes inquiétants ? Il est certain que cette résorption est possible. Mais il est non moins certain qu'une poussée aiguë grave, voire même une péritonite généralisée, peuvent survenir lors d'une seconde, d'une troisième attaque. Il est donc plus logique, plus prudent d'intervenir entre deux périodes aiguës: on a toute liberté alors pour aller à la recherche de l'appendice, le réséquer, et faire en somme l'opération aussi complète que possible.

ARROU.

Appendicite; cinquième rechute; double laparotomie latérale; guérison, par CHUPIN. Rapport de CHAUVEL (*Bull. Soc. de chir.*, *XIX*, *p.* 525).

N..., 24 ans, bonne santé. Début le 20 mai 1892 par des douleurs dans le flanc droit. Traitement médical. Guérison apparente. Deux récidives dans l'année, la seconde suivie de l'ouverture spontanée, par trois orifices, d'un abcès de la fosse iliaque droite.

Le 3 juin 1893, incision. Pas de pus, mais le pansement est inondé trois jours après de matières purulentes.

Le 14 juin, incision dans la région de la fosse iliaque gauche, après constatation d'un empâtement douloureux en ce point. Drainage d'une poche purulente par l'ouverture faite et par une contre-ouverture dans la région lombaire. Le malade se lève quelques jours après, et part en convalescence le 14 juillet.

Chauvel approuve la conduite de l'opérateur tout en regrettant qu'il ne soit pas fait mention du degré de résistance des cicatrices. L'éventration n'est pas rare mais, comme Reclus le fait remarquer, peut-être pourrait-on l'éviter en pratiquant, d'accord avec les auteurs américains, l'incision aussi bas que possible. ARROU.

Ein Fall von Resection des Cæcum und colon ascendens....., par Fritz DUMONT (*Corresp-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 15, *p.* 520, 1*er avril* 1893).

Homme de 29 ans dont l'une des sœurs est morte à 30 ans d'un cancer du cæcum. En avril 1892, début par douleurs abdominales; en novembre, constatation d'une tumeur dans la région cæcale. Etat général bon. Le 28 janvier 1893, laparotomie exploratrice qui montre que la tumeur occupe le cæcum et les parties attenantes du côlon ascendant et de l'iléon, et que le mésocôlon offre de nombreuses nodosités : le microscope révèle la nature carcinomateuse d'un fragment excisé.

Opération le 7 avril. La tumeur, qui a beaucoup augmenté, a envahi le péritoine et les métastases mésocoliques se sont multipliées. Après ablation des parties malades, l'iléon est suturé directement avec le côlon transverse. La plus grande portion du péritoine adhérant à la tumeur est enlevée du côté droit, et l'on est obligé de recouvrir les intestins à l'aide du mésentère, attiré en bas et suturé aux muscles abdominaux.

L'éthérisation avait été prolongée durant quatre heures, sans incident.

La tumeur enlevée dépassait le volume des deux poings d'un homme ; elle se composait principalement de cæcum dont la partie externe dégénérée avait une épaisseur de 2 à 5 centimètres suivant les points. La portion d'intestin réséquée avait une longueur totale de 72 centimètres dont 42 pour l'iléon qui était soudé à la tumeur sur une étendue de 12 centimètres ; les 30 centimètres restant étaient formés par le côlon ascendant et le commencement du côlon transverse.

Le 20 avril, l'opéré eut, pour la première fois, une fièvre toute passagère causé par un abcès placé à un travers de main, à droite de l'incision ; ouverture et drainage de cet abcès.

Quelques semaines après son départ de l'hôpital, le malade revient pour une récidive : au voisinage de l'ombilic et sur l'emplacement du cæcum, se trouvent deux noyaux gros comme des noix et un troisième inopérable situé à droite et en arrière et adhérent à une côte. Les selles sont cependant régulières et indolores aux dernières nouvelles, trois mois et demi après l'opération. J. B.

Vorstellung eines Patienten mit geheilter Resectio Cocci et Coli vegen Carcinom, par **W. KŒRTE** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 37, *p.* 904, 11 *septembre* 1893).

Cette résection du cæcum et du côlon pratiquée pour un cylindrome remonte au 21 novembre 1891. Il n'y a pas trace de récidive jusqu'à l'heure actuelle (mars 1893) :

Le malade avait dans la région iléo-cæcale une tumeur douloureuse qui fut considérée comme une pérityphlite. Une ponction ayant fourni du pus, Kœrte pratiqua une incision et au lieu de pus trouva une petite cavité à parois déchiquetées. Pensant qu'il s'agissait de fausses membranes qui se résorberaient, il se borna d'abord à l'expectative. Mais la tumeur ne cessant d'augmenter, il se décida à l'extirper reconnaissant son erreur de diagnostic. Pour isoler la tumeur il fallut enlever tout le péritoine de la fosse iliaque et un fragment de la paroi abdominale. L'iléon fut réséqué entre deux ligatures, à quelques travers de doigt de la valvule de Bauhin et de même le côlon au niveau de sa courbure hépatique ; le mésentère fut lié par faisceaux. Vu la différence de calibre de l'iléon et du côlon et l'impossibilité de les rapprocher l'un de l'autre sans les distendre d'une façon dangereuse, Kœrte renonça à les suturer. Il enveloppa les deux bouts d'intestin dans de la gaze iodoformée et les plaça dans l'angle de la vaste plaie qu'il ne put réunir que partiellement ; la partie restée béante fut tamponnée avec de la gaze iodoformée. Les matières fécales sortirent d'abord par l'anus contre nature que Kœrte referma quatre semaines plus tard. Le malade, qui a une éventration d'ailleurs peu gênante, a vu son poids augmenter de 65 livres. Le cancer avait respecté le cæcum ; à la paroi postérieure du côlon, il s'étendait sur une longueur de 12 à 15 centimètres. J. B.

Ueber Darmresectionen (Résections intestinales), par HAASLER (*Archiv. f. klin. Chir.*, *XLVI*, 2).

Haasler rapporte deux observations intéressantes de résection de l'intestin, faites par Bramann.

Dans le premier cas, il s'agit d'un cancer très étendu de la région iléo-cæcale chez une femme de 43 ans. La tumeur avait complètement envahi la région iléo-cæcale, si bien que cæcum et appendice vermiforme avaient complètement disparu. Elle s'étendait fort peu vers l'iléon, mais avait envahi une grande partie du côlon ascendant. De plus, elle faisait corps avec des ganglions mésentériques dégénérés, et le côlon transverse, attiré en bas, adhérait intimement à la tumeur. Pour obtenir l'extirpation totale de la tumeur on dut enlever l'extrémité inférieure de l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant et une partie du côlon transverse. Le bout de l'iléon fut abouché directement dans le bout du côlon transverse. Guérison avec fistulette stercorale, fermée par une opération complémentaire. Un an après l'opération il n'y avait pas encore de récidive.

Le second cas se rapporte à un garçon de 15 ans, atteint d'invagination intestinale datant de plus de trois mois. Après avoir ouvert l'abdomen et reconnu l'état des parties, on jugea la résection immédiate et la suture consécutive impossibles en raison de l'état de distension du segment supérieur. Bramann établit un anus contre nature, et quinze jours après, quand l'état général du malade se fut amélioré et que le calibre de l'intestin fut jugé redevenu normal, il pratiqua la résection de l'invagination et la suture de l'intestin. Le malade guérit sans incident et depuis lors a continué à se bien porter. REBLAUB.

Eine Sphinkterplastik am Darm (Un procédé de sphinctérisation de l'intestin), par R. GERSUNY (*Centralbl. f. Chir.*, n° 26, 1893).

Gersuny a appliqué à l'intestin le procédé bien connu qu'il a préconisé contre l'incontinence d'urine d'origine urétrale. Ce procédé consiste, on le sait, à pratiquer une torsion de l'urètre, de façon à rétrécir son calibre dans une certaine mesure. Il propose de tordre de même le gros intestin, et de le rétrécir ainsi en un point donné, à un degré tel, que l'index ne puisse franchir ce dernier qu'avec effort. Ce procédé trouverait son indication, principalement à la suite des extirpations de cancers du rectum ayant envahi la région sphinctérienne. L'extirpation accomplie, au lieu de fixer purement et simplement le bout restant, soit à la région anale soit à la région sacrée, on fait exécuter à ce bout, des mouvements de torsion dans la mesure indiquée plus haut, et on le fixe dans cette nouvelle position. Gersuny a appliqué ce procédé dans deux cas, avec des résultats complètement satisfaisants au point de vue de la continence des matières. REBLAUB.

De l'intervention chirurgicale dans les contusions graves de l'abdomen, par SIEUR (*Arch. gén. de méd., mai, juin, juillet* 1893).

L'abstention systématique en présence d'un traumatisme grave de l'abdomen ne saurait plus être admise actuellement.

L'abstention éventuelle a pour base la difficulté de distinguer les cas graves des cas légers. Malheureusement la période pendant laquelle on peut intervenir efficacement pour parer aux dangers de l'hémorragie interne et de l'infection suraiguë est courte. Elle ne s'étend guère qu'entre le moment de l'accident et les 6 ou 12 premières heures qui le suivent. Pendant cette période, les symptômes de la contusion simple et de la contusion avec complications internes sont à peu près impossibles à différencier.

Il faut cependant, dans l'intérêt du malade, chercher à établir le diagnostic d'après les commémoratifs et les principaux symptômes. C'est par l'association de certains symptômes, par l'intensité de quelques-uns, par l'anxiété particulière qui accompagne tout déplacement et tout effort, que le chirurgien peut guider sa conduite et fixer son diagnostic.

La répugnance instinctive des malades pour les aliments est un bon indice d'une lésion siégeant sur la partie la plus élevée de l'intestin grêle.

Les contre-indications à l'intervention chirurgicale sont, au début, le choc nerveux, plus tard le collapsus. Le succès opératoire dépend de la rapidité de l'intervention. RICHARDIÈRE.

Kirschkernen im Ileum (Noyaux de cerises dans l'iléon), par JANICKE (*Deutsche med. Woch.*, n° 18, *p.* 433, 1893).

Un garçon atteint d'obstruction intestinale subit la laparotomie. Le côlon ascendant, une partie du côlon transverse et le cæcum sont tellement adhérents qu'on ne peut songer à une résection. L'incision de l'iléon au voisinage de la valvule permet d'extraire 200 noyaux de cerises et 25 noyaux

de prunes ; on abouche l'iléon au côlon descendant. Guérison complète. Trois mois après l'opération l'enfant est en très bon état. L. GALLIARD.

Vorstellung eines Falles von Stich-Verletzung des Colon, par W. KŒRTE (*Berlin. klin. med. Wochens.*, *n°* 31, *p.* 756, 31 *juillet* 1893).

Fait remarquable par le siège insolite de la blessure du côlon, ce qui a augmenté les difficultés opératoires.

Jeune homme ayant reçu plusieurs coups de couteau. La plaie la plus profonde se trouvait dans la ligne axillaire gauche et pénétrait à travers le dixième espace intercostal. La poitrine était intacte, mais le blessé accusait de vives douleurs dans le ventre qui n'était pas météorisé. Ayant agrandi la plaie, K... constata que la onzième côte était tranchée ; il en réséqua un fragment assez long pour pouvoir suivre le trajet du couteau. Le doigt introduit dans une plaie que présentait le péritoine donna issue à des gaz intestinaux. Il y avait donc lésion du coude gauche du côlon transverse. Pour mettre à découvert le point lésé, Kœrte fit une grande incision oblique, dans le flanc gauche, dirigée en bas et en dedans. Après avoir ouvert la cavité abdominale et fait tirer en haut l'arc costal gauche, il découvrit dans la profondeur un orifice de un centimètre sur la région du côlon iliaque qui ne se laisse pas attirer en avant. Une double rangée de sutures fut appliquée non sans peine.

Bien que l'opération eût été pratiquée 14 heures après la blessure, alors qu'il y avait issue du contenu intestinal dans la cavité péritonéale, cet homme a parfaitement guéri. Une circonstance favorable était la fixité du point de l'intestin lésé. J. B.

Les hernies inguinales de l'enfance, par FÉLIZET (*In*-8°, *Paris*, 1894).

Les articles de Berger dans le *Traité de chirurgie*, la *Monographie* de Championnière constituent ce qu'il y a de mieux, à l'heure actuelle, en matière d'étude générale des hernies. Mais la hernie chez l'enfant y est nécessairement reléguée au second plan. Félizet a déjà publié une étude sur ce sujet en 1890 ; il y revient aujourd'hui dans un véritable *Traité* de 400 pages.

Un chapitre d'anatomie normale avec figures, puis un second d'anatomie pathologique ouvrent le livre. Le sac herniaire, le cordon, l'ectopie testiculaire, les anomalies du canal vagino-péritonéal sont étudiées avec le plus grand soin. On y trouve quelques détails nouveaux, d'une utilisation facile quand il s'agit d'intervenir.

Après plusieurs chapitres consacrés à la symptomatologie, au diagnostic, aux accidents, l'auteur attaque la question de l'intervention. Il est manifeste que Félizet est devenu beaucoup plus « interventionniste » qu'il ne l'était en 1890. Néanmoins, il décrit tout au long les différents bandages, indique ce qu'on en peut attendre, dans quels cas on doit les appliquer, dans quels cas enfin il n'y a que peu de chose à en attendre.

Suit un long et intéressant exposé de la façon de voir de l'auteur, dans la question de la cure radicale des hernies infantiles. Ce sont des pages à lire, et d'autant plus intéressantes que l'auteur a multiplié les dessins. L'ouvrage se termine par 105 observations personnelles. ARROU.

Eine Methode der Radikaloperation grosser Nabelhernien (Cure radicale des hernies ombilicales volumineuses), par R. GERSUNY (*Centralbl. f. Chir.*, *n°* 43, 1893).

La partie originale du procédé de Gersuny, pour la cure radicale des hernies ombilicales, réside dans ce fait, qu'après avoir réséqué le sac et avoir suturé le péritoine, puis l'orifice herniaire, il va de chaque côté, à la recherche des muscles droits, incise leur gaine sur leur bord interne et les suture l'un à l'autre par le même bord. Il renforce ainsi notablement la paroi au niveau de l'ombilic et évite toute récidive. REBLAUB.

Sur un cas de prolapsus complet du rectum. Colopexie simple, par A. BOIFFIN (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 702, *novembre* 1893).

Sur un malade atteint de prolapsus rectal la résection du prolapsus, puis la recto-coccypexie ayant échoué, l'auteur exécuta la colopexie simple, c'est-à-dire la suture à une plaie faite au-dessus de l'arcade de Fallope, du mésocôlon et d'appendices épiploïques de l'S iliaque au péritoine pariétal, sans ouvrir l'intestin, et, par suite sans créer d'anus contre nature. D'après l'auteur, la laparotomie suivie de cette suture est moins grave que la recto-coccypexie ou la résection du rectum. Cette colopexie simple échappe à la critique faite à la colopexotomie de créer un anus contre nature même temporaire et aux dangers que peut faire courir la cure de cette infirmité. La colopexie n'a pas la prétention de s'appliquer à tous les prolapsus du rectum, il faut s'en rapporter aux incations qu'a posées Verneuil dans son rapport à propos du travail de Jeannel, et il y aura toujours des cas où l'extirpation sera une opération de nécessité. F. VERCHÈRE.

Étude sur les hémorroïdes. Anatomie pathologique, par QUÉNU (*Revue de chir.*, *n°* 3, *p.* 169, 1893).

Les recherches de Quénu sur les veines du rectum l'ont conduit à modifier certaines notions sur le siège exact et sur le mode de formation des hémorroïdes. Pour lui :

1° Les hémorroïdes sont constituées par l'altération variqueuse des branches terminales des veines hémorroïdales tant supérieures qu'inférieures.

2° Chaque hémorroïde est un composé de petites dilatations irrégulières, échelonnées le long des veinules et de leurs ramifications. On pourrait très exactement caractériser l'hémorroïde en disant qu'elle est un composé de varices ramusculaires.

3° L'hémorroïde interne est celle qui siège sur les ramuscules d'origine des hémorroïdales supérieures sur les réseaux et troncules qui relient ces dernières aux hémorroïdales inférieures. L'hémorroïde externe occupe la portion sous-sphinctérienne de ces mêmes troncules d'origine des hémorroïdales inférieures.

4° La plupart du temps, l'hémorroïde externe n'est que l'extension aux veines hémorroïdales inférieures du processus qui a d'abord créé des hémorroïdes internes.

5° Les hémorroïdes externes, cependant, peuvent exister seules et en l'absence d'hémorroïdes internes, se continuer chez la femme avec les veines vaginales.

Quant aux lésions portant sur les veines, les capillaires, la muqueuse tout entière et le tissu sous-muqueux, Quénu les a étudiées sur une série de préparations montrant les différents degrés du processus.

Les capillaires vrais sont dilatés et bosselés, leur paroi est le siège d'une abondante prolifération cellulaire ; ce processus aboutit d'abord à l'épaississement hyalin du vaisseau, puis à la formation d'une gaine fibroïde surajoutée à l'endothélium.

C'est le même processus irritatif qu'on retrouve sur les veines depuis les moindres veinules jusqu'aux veines à trois tuniques. Cette endophlébite aboutit comme l'endocapillarite, à la transformation fibreuse des vaisseaux et à leur fusion avec le tissu conjonctif périvasculaire. Ce dernier présente aussi toutes les lésions de l'inflammation chronique.

La conséquence ultime de toutes ces altérations est la tendance des parois rectales à se transformer en tissu caverneux. A une période plus avancée on peut observer la transformation muqueuse ou l'atrophie fibreuse définitive observée chez les vieillards.

Quénu n'a jamais trouvé que de très légères lésions des parois artérielles ; il n'a pu rencontrer la variété artérielle des hémorroïdes décrite par Allingham. Pour lui, ce qu'on observe chez quelques hémorroïdaires, coloration rouge de la muqueuse en quelques points, battements, jet de sang rythmé à la moindre érosion, tout cela est dû à la plus grande rapidité de la circulation dans certains endroits grâce à la dilatation des voies capillaires.

L'examen des causes pathogéniques conduit à attribuer un rôle très important dans la production de cette phlébite chronique aux infections parties de l'intestin. C. WALTHER.

De la résection du rectum par la méthode de Schelkly, par DEPAGE. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 *novembre* 1893).

Femme de 35 ans, très amaigrie, portant, à 10 centimètres au delà de l'anus, un cancer annulaire avec un rétrécissement, permettant à peine l'introduction de l'index. L'opération a été la suivante : incision transversale, au niveau du coccyx, s'étendant de chaque côté, jusque tout près des tubérosités ischiatiques. Sur les extrémités de cette incision, deux incisions verticales de manière à former un H ; désinsertion du coccyx et résection de celui-ci à la base, section du muscle releveur de l'anus. Le lambeau antérieur relevé, ouverture du péritoine et section du méso-rectum ; isolement du rectum, qui est sectionné au-dessus et au-dessous de la tumeur après ligatures préalables portant sur le segment à enlever ; invagination du bout supérieur dans le bout inférieur et sutures ; drainage de la plaie. Guérison en 15 jours avec fistule, persistante au bout d'un mois, au niveau de l'extrémité inférieure du sacrum, où s'est ouverte une petite collection purulente. OZENNE.

Du traitement des fistules à l'anus par excision et suture du trajet, par THEVENARD (*Arch. gén. de méd.*, *avril* 1893).

Dans ce travail, appuyé sur 13 observations, l'auteur a pour but de démontrer que la meilleure méthode de traitement des fistules à l'anus

est l'excision, suivie de la suture des parois. Ce traitement est surtout applicable aux cas compliqués. Il est indiqué d'une manière toute particulière chez les tuberculeux. RICHARDIÈRE.

Note pour servir à l'étude du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, par PICQUÉ et ORRILLARD (*Bull. Soc. chir., XIX, p.* 538).

Les auteurs ont pu pratiquer l'autopsie d'une femme de 30 ans, morte de phlegmon du cou, et qui avait subi, quelque temps auparavant, la laparotomie pour péritonite tuberculeuse. Ils ont pu constater que l'amélioration s'était maintenue.

Berger insiste sur l'utilité de l'intervention chirurgicale dans les cas d'ascite en particulier, quelle que soit l'idée qu'on se fasse du mécanisme de l'amélioration ou de la guérison.

Routier fait remarquer que les cas de guérison sont souvent parfaits, en ce sens que le sérum a repris son aspect normal. Il ne peut donc toujours s'agir de transformation fibreuse, etc. des produits tuberculeux.

Bouilly cite des faits personnels, desquels il ressort que la péritonite tuberculeuse a souvent son point de départ dans les trompes infectées par le bacille. C'est probablement là l'explication de l'ascite des jeunes filles de Cruveilhier. ARROU.

Demonstration eines Preparates von Wandermilz, Stieldrehung und consecutiven Darmverschluss, par W. KŒRTE (*Berlin. klin. Woch., n°* 37, *p.* 902, 11 *septembre* 1893).

Rate flottante ayant entraîné, par la torsion de son pédicule, un étranglement interne. Il n'existe que deux autres faits semblables, rapportés, l'un par von Billroth et Luecke (*Deutsch. Chirurgie*, livraison 45), l'autre par Ledderhose (*Chirurg. Erkrankungen der Milz*, p. 140).

La malade de Kœrte, une femme de 32 ans, atteinte de rétroflexion utérine, avait depuis quelques années, dans le côté gauche de l'abdomen, une tumeur mobile du volume d'un petit pois qu'on prenait pour un rein flottant. A la suite de l'application d'un pessaire et de manipulations de la tumeur, elle fut prise, le 24 février 1892, de violentes douleurs dans le ventre. Les jours suivants, la tumeur augmente beaucoup de volume. Le 27, pâleurs, accélération du pouls, développement du ventre, urine rare. La tumeur s'étendait en dedans jusqu'à la ligne blanche, en dehors jusqu'à la ligne axillaire, en bas jusqu'au détroit supérieur, en haut jusqu'au rebord costal ; elle était très douloureuse à la pression, dure et non fluctuante ; en arrière d'elle vers les lombes, sonorité intestinale. Une ponction exploratrice ne ramenant que du sang, il ne s'agissait donc pas d'une hydronéphrose. Kœrte pensa alors à un kyste du mésentère ou du grand épiploon dans lequel se serait faite une hémorragie, expliquant les symptômes graves offerts par la malade. L'urine redevint plus abondante, l'état s'améliora un peu, en même temps que la tumeur augmentait de dureté, si bien qu'on crut de plus en plus à un hématome. Le 5 mars, hoquets suivis de symptômes de péritonite. Météorisation intense et mort le 8 dans le collapsus.

Autopsie : Péritonite avec épanchement sanieux, abondant. La tumeur était formée par la rate qui avait subi une rotation de deux tours et demi sur son axe ; les vaisseaux du pédicule tordu étaient complètement thrombosés.

La rate était fixée en haut et en bas par des adhérences solides. Au dessous de l'extrémité supérieure de la rate, entre les adhérences et le pédicule tordu se trouvait une anse d'intestin grêle étranglée et déjà gangrénée au niveau du sillon de constriction. J. B.

Pyélo-néphrite mortelle consécutive à l'opération d'un phimosis d'adulte, par PAUZAT (*Bull. Soc. de chir., XIX*, 157).

Soldat robuste, sans tare, portant un phimosis congénital serré, admettant seulement l'extrémité d'un stylet et inextensible ; le malade refuse une intervention. Quelques accès de céphalalgie ; soif habituelle. Dans la convalescence d'une bronchite accidents infectieux aigus avec rétention d'urine. Incision du phimosis, suivie de l'émission de deux litres d'urine. Mort le troisième jour, après une série de symptômes d'urémie convulsive. A l'autopsie, vessie et uretères très dilatés ; néphrite interstitielle au début ; pas de foyer purulent en aucun point de l'arbre urinaire. ARROU.

Operation der Phimose nach Hagedorn, par HABS (*Centralbl. f. Chir.*, n° 40, 1893).

Habs recommande le procédé de circoncision employé depuis plus de 10 ans par son maître Hagedorn et qui donnerait des résultats esthétiques bien supérieurs à ceux des procédés classiques. Les temps successifs de ce procédé sont : 1° circoncision de la peau ; 2° circoncision dorsale du prépuce ; 3° circoncision de la muqueuse ; 4° ablation du lambeau prépucial ainsi délimité ; 5° enfin suture de la peau à la muqueuse restante. Ce procédé aurait pour avantage d'éviter les infiltrations persistantes, au voisinage du frein, constantes avec les procédés classiques.

REBLAUB.

Weitere Erfahrungen über elektrolytische Behandlung..... (Nouvelles recherches sur le traitement des rétrécissements de l'urètre par l'électrolyse), par LANG (*Wiener med. Wochens.*, n°s 42 à 44, 1893).

La condition indispensable pour le traitement des rétrécissements de l'urètre par l'électrolyse est leur perméabilité relative. L'électrolyse permet de faire passer au bout de quelques minutes une sonde n° 21 par tout rétrécissement. Non seulement cette rapidité d'action diminue les chances d'infection de la vessie, mais encore elle permet de guérir complètement les malades qui d'ordinaire se soustraient au traitement dès que leur rétrécissement primitivement serré permet de passer une sonde n° 12 ou 13.

La réaction locale et générale produite par l'électrolyse n'est pas plus grande que celle du simple cathétérisme. On peut opérer sans anesthésie ; en général une injection urétrale de cocaïne est utile ; la chloroformisation est bien rarement nécessaire.

Sous l'influence d'un courant de 3 à 6 milliampères de courte durée, il se fait dans les tissus une infiltration séreuse et gazeuse (hydrogène). Une action plus prolongée ou plus intense produit la mortification des tissus au contact de l'électrode, ce qui permet de graduer les effets. Lorsque le rétrécissement est enclavé dans un tissu cicatriciel épais qui

ne se laisse pas imbiber par l'infiltration séro-gazeuse, il peut être nécessaire d'obtenir la mortification du tissu scléreux.

Pas plus que les autres méthodes, l'électrolyse des rétrécissements de l'urètre ne met à l'abri d'une récidive et ne dispense le malade de passer de temps à autre une bougie dans son canal. Néanmoins certains malades qui n'avaient pas eu ce soin, ne présentaient encore aucune récidive au bout de trois ans.

La néphrite chronique ascendante consécutive au rétrécissement peut être grandement améliorée par l'électrolyse de celui-ci. LEFLAIVE.

De l'urétrotomie externe d'emblée comme traitement unique des traumatismes de l'urètre périnéal, par L.-S. FABRE (*Thèse de Paris*, 1893).

Fabre n'admet pas l'ancienne division des ruptures de l'urètre périnéal en cas graves, moyens et légers, ces deux derniers pouvant toujours s'aggraver ultérieurement. Aussi, se basant sur 37 observations, propose-t-il l'urétrotomie externe d'emblée avec suture périnéo-urétrale comme traitement unique de toutes les ruptures de l'urètre, même de la portion membraneuse, quand la chose est possible. R. JAMIN.

Du faux ballottement rénal, par LE DENTU (*Bull. Soc. de chir.*, *XIX*, *p.* 89).

Le signe ballottement rénal n'est pas pathognomonique, à moins qu'il ne soit corroboré par quelque signe de tumeur rénale.

Il faut attacher une grande importance aux signes suivants, habituels dans les tumeurs rénales : elles sont séparées du foie par une zone libre et sonore ; elles ne suivent pas, d'ordinaire, les mouvements du diaphragme ; elles se laissent refouler vers la fosse lombaire, même lorsque le rein est très déplacé ; elles tendent à descendre vers la fosse iliaque et vers la ligne médiane.

Les tumeurs hépatiques ou spléniques ne présentent pas les particularités ci-dessus, et, en outre, lorsque les malades sont couchés bien à plat, elles remontent vers les fausses côtes et s'accolent à la paroi abdominale antérieure. ARROU.

Die Bildung einer künstlichen Harnröhre mit künstlichem Sphinkter (Formation d'un nouvel urètre avec nouveau sphincter), par ZWEIFEL (*Centralbl. für Chir.*, *n°* 37, 1893).

Dans un cas de cancer, ayant envahi, chez une femme de 32 ans, toute l'étendue de l'urètre et la partie attenante de la vessie, Zweifel put pratiquer, grâce à la symphyséotomie, une extirpation totale. Fermant ensuite la vessie à sa partie inférieure, il créa un nouveau canal urétral aboutissant à la région sus-pubienne de la façon suivante : Pénétrant dans la cavité abdominale à travers une incision médiane, pratiquée immédiatement au-dessus de la symphyse, il aborde la face postérieure de la vessie et y pratique avec un petit couteau une fente à travers laquelle il fait pénétrer un tube de caoutchouc. Ce dernier aboutissant à l'extérieur est fixé, suivant le procédé indiqué par Witzel pour la gastrostomie, dans un nouveau canal isolé du péritoine par la fixation, en arrière du nouvel orifice vésical, du grand épiploon et du péritoine pariétal attiré en ce point. Le tube de caoutchouc fonctionna très bien. Le malade évacuait sa vessie toutes les deux heures ; dans l'intervalle le tube

était fermé au moyen d'une pince, et pas une goutte d'urine ne suintait entre le tube et les parois du canal. REBLAUB.

Adénome hémorragique du rein. Néphrectomie transpéritonéale. Péritonite. Grattage de l'intestin. Guérison, par D. TÉMOIN (*Arch. prov. de chir., II, p.* 592, *octobre* 1893).

Femme, 44 ans, depuis cinq ans urine du sang sans douleur, sans trouble de la santé. Depuis un an, pesanteur dans le côté. On perçoit une tumeur volumineuse, dure, non fluctuante. Etat général mauvais, amaigrissement.

Néphrectomie transpéritonéale facile. Suites parfaites jusqu'au onzième jour. La veille, à la suite d'une crise d'asthme, la malade avait fait éclater ses sutures abdominales et, pendant vingt heures, conservé sa masse intestinale en dehors de l'abdomen. Elle est froide, les yeux caves, le pouls filiforme.

Sans chloroforme (elle n'a aucune notion de ce qui se passe), on la porte sur la table d'opération. L'intestin est couvert d'une couche blanche inflammatoire, gélatineuse, qui fait adhérer les anses entre elles et que, malgré les efforts de frottement avec des tampons d'ouate aseptique, malgré un courant d'eau il est impossible d'enlever. Avec la curette tranchante, l'auteur gratte tout l'intestin dévidé sous un courant d'eau chaude.

Le lendemain, le facies était bon, les urines normales, et les vomissements avaient cessé. La malade guérit sans incident.

La tumeur du rein examinée par Pilliet était un adénome hémorragique.

F. VERCHÈRE.

Zur Resection der Nieren (Contribution à la résection du rein), par H. KUEMMEL (*Arch. f. klin. Chir., XLVI*, 2).

S'appuyant sur des recherches expérimentales antérieures et sur celles qu'il a faites lui-même, recherches qui démontrent qu'on peut exciser impunément des fragments d'un rein, Kümmel a pratiqué dans trois cas des résections partielles du parenchyme rénal, suivies de suture; une fois pour un abcès d'origine calculeuse limitée à la corne supérieure du rein, une seconde fois pour un néoplasme siégeant également dans l'extrémité supérieure, et la troisième fois pour un kyste hydatique enfoui dans l'épaisseur du rein à sa partie moyenne. Dans les trois cas le résultat opératoire fut parfait ; le second malade, qui mourut ultérieurement de cancer de la vessie, permit de vérifier que la cicatrisation s'était effectuée linéairement.

Ces observations viennent à l'appui des faits expérimentaux pour démontrer qu'on peut exciser chez l'homme des fragments plus ou moins étendus du rein ; il est même probable qu'après l'ablation totale du rein d'un côté, on peut encore faire des excisions partielles sur l'autre rein. Ces excisions partielles doivent remplacer dans un certain nombre de cas la néphrectomie totale, et c'est là une ressource d'autant plus précieuse, que fort souvent on est mal renseigné sur l'état véritable du rein de l'autre côté.

En ce qui concerne les hémorragies au cours de ces excisions, elles sont insignifiantes grâce à la compression pratiquée au cours de l'opération, et la suture qui le termine. Si cette dernière n'était pas possible complètement, si les fils coupaient, on se tirerait d'embarras en fixant le rein dans la plaie pariétale et en pratiquant un tamponnement à la gaze iodoformée.

Quant aux indications de ces résections partielles, elles se trouveront principalement dans les cas de tumeurs bénignes, de kystes partiels et surtout dans les processus pyonéphrotiques partiels, où le rein présente de petits abcès isolés. REBLAUB.

I. — Beiträge zur chirurgischen Nierenpathologie, par J. ISRAEL.

II. — Discussion de la Réunion libre des chirurgiens de Berlin (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 34, *p*. 832-833, 21 *août* 1893).

I. — Israël a fait sur 59 malades, 68 opérations sur les reins ; 10 des malades ont succombé aux suites de l'opération, soit une mortalité de 14,7 0/0. Si l'on défalque les 7 incisions d'abcès périnéphrétiques (qui n'ont pas causé de décès) et qu'on y ajoute une mort par méningite tuberculeuse 3 mois après l'extirpation d'un rein tuberculeux, la mortalité d'ensemble s'élève à 18,6 0/0. Celle des 11 néphrotomies a été de 9 0/0 ; celle des 27 néphrectomies primitives de 11,1 (ou 14,8 y compris le décès ultérieur par méningite tuberculeuse) ; celle des 4 néphrectomies secondaires à une néphrotomie, de 75 0/0 ; celle des 5 néphrolithotomies de 40 0/0 ; celle des 4 incisions exploratrices du rein de 25 0/0. Les autres opérations qui n'ont pas donné lieu à décès, sont : 2 ponctions avec drainage, 1 occlusion de fistule, 3 néphrorraphies, 3 dissections de la capsule adipeuse.

Si l'on groupe les néphrectomies au point de vue de leurs indications, on trouve dans les primitives : 12 opérations pour tumeurs malignes avec 16,6 0/0 de mortalité, 11 pour hydronéphroses, pyonéphroses ou abcès du rein avec 9 0/0 de mortalité ; 2 pour syphilis et 2 pour tuberculose sans mortalité opératoire ; les néphrectomies secondaires ont toutes été faites pour pyonéphrose. 3 opérés sur 4 ont succombé, la mort de l'un d'eux est due à une intoxication par l'iodoforme. Israël pose comme suit les indications respectives de la néphrotomie et de la néphrectomie en cas de suppurations rénales. Lorsque l'autre rein est sain, il y a lieu d'extirper celui qui est abcédé sans s'inquiéter s'il lui reste encore du parenchyme sain. Lorsqu'on n'est pas complètement sûr de l'intégrité de l'autre rein, la suppuration du rein malade ne justifie une néphrectomie primaire qu'autant qu'il reste si peu de parenchyme en état de fonctionner, que la privation en soit insignifiante ou insensible. Il est certaines circonstances urgentes où l'on devra agir semblablement alors même qu'on aura reconnu que le second rein est malade. Si on a dû se contenter de faire la néphrotomie, sans avoir pu vider tous les abcès et qu'on ait vérifié ultérieurement l'intégrité du second rein, en cas de signes de rétention on pratiquera le plus tôt possible la néphrectomie secondaire, avant que l'autre rein ne devienne malade. La coexistence d'abcès perinéphrétiques avec une pyonéphrose peut fournir aussi indication à l'extirpation.

II. — Comme Israël, Lindner est disposé à imputer à la chloroformisation, le grand nombre d'albuminuries, plus ou moins passagères, qu'il a vues se produire à la suite d'opérations rénales.

Sonnenburg a pratiqué récemment l'ablation du rein droit pour mettre fin à une violente hémorragie résultant de la rupture de cette organe. Le blessé avait été serré entre une voiture et un reverbère. Il présentait un

vaste hématome descendant jusqu'à la fosse iliaque, et les urines contenaient une grande quantité de sang. Le lendemain matin la matité du côté droit avait encore augmenté et le malade était dans le collapsus, ce qui fit songer à une hémorragie secondaire dans le tissu périnéal. Opération. Vaste déchirure sous-cutanée des muscles, épanchement sanguin considérable; rupture transversale béante du rein avec parenchyme ambiant contus. La suture de la déchirure rénale étant impraticable, Sonnenburg enleva le rein. Durant les premières 24 heures l'état du blessé s'améliora notablement, mais il survint de l'anurie et l'opéré mourut d'urémie. A l'autopsie, on constata que l'autre rein était également contus et rompu transversalement, bien qu'à un moindre degré, les lésions n'étaient pas assez considérables pour supprimer entièrement le fonctionnement des reins. Aussi Sonnenburg reste indécis entre les deux hypothèses : anurie réflexe ou effet du chloroforme. J. B.

Zur Aetiologie der Cystitis, par R. WREDEN (*Centralbl. f. Chir.*, n° 27, 1893

Courte communication donnant les résultats d'expériences pratiquées sur le lapin pour déterminer l'influence de l'intestin sur le développement de la cystite, et la possibilité d'une infection directe de la vessie par le rectum. Ces résultats sont les suivants : 1° les lésions de la muqueuse anale n'ont aucune influence sur la vessie ; 2° toute lésion de l'épithélium du rectum au niveau de la prostate et au-dessus, peut être suivie de cystite ; 3° les caractères de cette cystite dépendent entièrement de l'étendue des lésions de la muqueuse rectale et de la nature des agents infectieux ; 4° dans les cas de cystites expérimentales, on retrouve dans les urines les microbes normaux de l'intestin, ou ceux que l'on y a introduits ; 5° dans les cas de lésions expérimentales de l'épithélium du rectum suivies d'injections dans le rectum de substances grasses, telles que vaseline, huile, etc., on constate le passage de ces substances dans la cavité vésicale. REBLAUB.

Cancer incrusté de la vessie simulant un calcul, par L. CASPER (*Berlin. klin Wochens.*, n° 30, *p.* 734, 24 *juillet* 1893).

Homme de 62 ans ayant, depuis 2 ans, des besoins fréquents d'uriner, la nuit comme le jour, et des douleurs même en dehors des mictions et surtout dans les mouvements. Urines sales, troubles, alcalines, contenant beaucoup de pus et les produits de fermentation ammoniacale ; pas de sang et jamais d'hématuries. Hypertrophie considérable de toute la prostate qui est molle et lisse. Examen cystoscopique négatif, à cause du trouble du contenu vésical qui persiste malgré de nombreux lavages. La sonde se heurte à la paroi antéro-supérieure contre un corps dur. Taille hypogastrique. La vessie ouverte, le doigt sent sur la paroi antérieure de nombreuses concrétions dont la plus grosse a les dimensions et la configuration d'un haricot creux. En poursuivant l'exploration, on reconnaît l'existence d'une tumeur offrant à la surface de nombreuses bosselures incrustées, ce qui donnait l'illusion de calculs. Un spéculum introduit dans la plaie vésicale montra que la tumeur avait des dimensions supérieures à une pièce d'argent de 5 marcs, était de couleur noirâtre et entourait circulairement l'orifice urétral. Renonçant à une opération radicale, Casper se borna à exciser un fragment de la tumeur

pour l'examiner ; il s'agissait d'un carcinome. Drainage et suture de la vessie.

J. B.

Du méat hypogastrique dans le cancer de la prostate, par LEGUEU (*Gaz. hebd. Paris*, 26 *août* 1893).

Cette opération a été pratiquée sur un homme de 61 ans, atteint de cancer de la prostate, qui donnait du sang à chaque cathétérisme évacuateur. L'intervention, qui a consisté à fixer les lèvres de l'incision vésicale aux lèvres de la peau et à placer une sonde à demeure, a fait disparaître les cuissons, les brûlures, le ténesme jusqu'à la mort du malade qui a eu lieu quelques mois plus tard.

OZENNE.

Cystostomie sus-pubienne chez trois prostatiques atteints d'accidents urinaires graves, par Etienne ROLLET (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 718, *novembre* 1893).

Le cystodrainage, que vient de remettre en question Lejars, ne peut être considéré que comme une intervention préliminaire, d'urgence, si le lendemain ou à bref délai, il est transformé en véritable cystostomie au bistouri. La cystostomie est une opération définitive, lorsqu'on établit un orifice anormal permanent, un urétre contre-nature sus-pubien. La tolérance vésicale est parfaite, l'urine ne s'écoule involontairement à aucun moment par le canal sus-pubien, le besoin se fait sentir en moyenne toutes les 5 ou 6 heures. Chez d'autres malades, il existe une tolérance vésicale un peu moindre, mais avec un obturateur, ils peuvent se prémunir contre l'écoulement de l'urine, comme le faisaient deux des malades de l'auteur sur trois opérés. Enfin d'autres sont incontinents, d'autres encore voient la fistule sus-pubienne s'oblitérer et des accidents récidivent. L'hypertrophie prostatique est l'indication la plus urgente de la cystostomie. Elle doit créer un urètre sus-pubien permanent et éviter au malade une nouvelle opération à l'occasion d'un accident urinaire devant fatalement se reproduire à la suite de cathétérismes répétés.

F. VERCHÈRE.

Sehnenverletzungen an den oberen Extremitäten (Plaies tendineuses), par Carl HAEGLER (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, *n°* 11, *p.* 406, 1er *juin* 1893).

En 5 ans, à la policlinique de Bâle, Haegler a traité 62 cas de plaies tendineuses du membre supérieur, comprenant 125 tendons, sur 56 hommes et 6 femmes.

53 fois, il y a eu réunion par première intention avec restitution des fonctions ; 9 fois (8 fléchisseurs, 1 extenseur) il y a eu suppuration, soit que les blessés ne soient venus que tardivement consulter, soit qu'il y eut de graves blessures concomitantes ; 2 fois on fut obligé de pratiquer l'amputation pour gangrène.

Parmi les cas qui ont guéri avec rétablissement des fonctions, 13 se compliquaient d'ouverture d'articulations, 3 de fractures, 2 de section des artères cubitale ou radiale, 2 de section du nerf cubital, 1 de section du nerf médian.

J. B.

De la recherche du bout supérieur dans la blessure des tendons fléchisseurs des doigts, par FÉLIZET (*Bull. Soc. chir.*, *XIX*, *p.* 610).

Félizet indique un moyen simple de découvrir le bout central d'un

tendon fléchisseur coupé au poignet ou à la main. Il suffit d'étendre complètement le doigt voisin, ou les doigts voisins, pour voir apparaître dans la plaie l'extrémité tendineuse qu'on cherche. Ce fait repose sur une base anatomique, à savoir : les petits liens fibro-séreux qui, dans la grande gaine carpienne, unissent les tendons fléchisseurs les uns aux autres et tendent ainsi à les solidariser. Les tendons sains, voisins du tendon sectionné, attirent celui-ci en bas, quand on les fait eux-mêmes descendre par l'extension forcée des doigts auxquels ils se rendent.

Pour que la section ne risque pas d'être tiraillée dans la suite, il est bon d'employer, outre la flexion du doigt, une sorte de greffe par approche. Pour cela, un ou deux fils uniront le bout central du tendon coupé à l'un quelconque des tendons voisins restés sains. La réunion ne pourra qu'y gagner. ARROU.

Ueber den Durchbruch kalter tuberkulöser Abscesse der Thorax-Wandung in die Lunge resp. Bronchien (De la perforation des abcès froids tuberculeux des parois thoraciques dans le poumon et les bronches), par MESSNER (*Arch. f. klin. Chir., XLVI*, 2).

Messner a observé deux fois une éventualité très rare au cours des abcès tuberculeux des parois thoraciques, l'ouverture de l'abcès dans le poumon et les bronches.

Le premier cas est celui d'un jeune homme de 16 ans atteint de mal de Pott des 5e et 6e vertèbres dorsales avec abcès manifeste sur les parties latérales de la colonne vertébrale. Une ponction avec un trocart n'amena pas de pus; mais dans la nuit suivante le malade fut pris de vomiques qui durèrent six semaines. Dès le lendemain du jour où les vomiques apparurent, les abcès postérieurs avaient disparu. Le malade guérit complètement sans intervention.

Dans le second cas, il s'agisssait d'une carie de la partie postérieure des 8e et 9e côtes avec abcès sous-cutanés. Au cours de l'opération de résection de ces côtes, on constata que les fongosités s'étendaient dans la profondeur à travers un trajet fistuleux, traversant la plèvre épaissie et adhérente et aboutissant, après un trajet de 11 centimètres, dans le poumon droit. Le trajet fistuleux fut gratté et drainé. La 10e jour après l'opération le malade rendait des crachats purulents indiquant une communication des bronches avec le foyer purulent. L'auteur suppose que le trajet fistuleux aboutissait à une bronche sans la perforer, et que cette perforation s'est produite seulement après l'opération.

Messner insiste sur la difficulté du diagnostic de ces perforations; ce n'est qu'après avoir largement ouvert le foyer qu'on peut se rendre compte de son étendue en profondeur. REBLAUB.

Eine Thoraxwand-Lungenresection mit gunstigem Verlauf (Un cas de résection de la paroi thoracique et du poumon opéré avec succés), par W. MUELLER (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XXXVII*, 1 *et* 2, *p.* 41).

Il s'agit d'un homme de 24 ans, qui avait constaté depuis 4 ans déjà, sans y avoir prêté une grande attention, une induration au niveau du côté droit de sa poitrine, au-dessous du mamelon. Cette tumeur ne le fit pas souffrir au début ; mais plus tard survinrent des névralgies intercostales et une certaine

gêne de la respiration. Puis la tumeur commença à se développer assez rapidement.

A l'examen, W. Müller nota qu'elle siégeait au niveau des 4e, 5e et 6e espaces intercostaux droits et qu'elle s'étendait en avant presque jusqu'au sternum, tandis qu'en arrière elle s'arrêtait au niveau de la ligne axillaire. Elle adhérait d'une façon entière au squelette de la cage thoracique. On porta le diagnostic de tumeur maligne des côtes, sans pouvoir affirmer à ce moment quelles pouvaient bien être les connexions du néoplasme avec les viscères sous-jacents.

Opération le 14 novembre 1888. On dégagea la tumeur en taillant un lambeau curviligne. On ne parvint à dégager la tumeur qu'après avoir réséqué les 4e, 5e et 6e côtes, et, au cours de cette dissection, on fut obligé d'ouvrir la cavité pleurale sur une large étendue, tellement l'adhérence de la plèvre était intime avec le néoplasme. On constata alors que le poumon, envahi lui aussi, se rétracta notablement et apparurent immédiatement des signes manifestes de collapsus : arrêt de la respiration, pouls devenant imperceptible, etc. Immédiatement on saisit la tumeur et on l'attira au dehors ; alors, subitement, tous les symptômes alarmants disparurent. On put voir alors que l'adhérence du néoplasme au poumon était large (9^{cm} sur 3^{cm}). En tirant sur le viscère, on put constituer un pédicule au-dessous de la partie dégénérée ; on le lia avec une ligature double, puis on enleva tout ce qui était situé au-dessus. Cela terminé, on sutura au catgut, à l'aide d'un surjet, la plaie faite au poumon et on abandonna le poumon dans la cavité pleurale. Immédiatement, des accidents de collapsus se montrèrent à nouveau. On dut encore attirer le poumon au dehors, ce qui les fit disparaître. De nouvelles tentatives furent suivies des mêmes effets ; mais il fallut bien, à un moment donné, fermer la plaie et laisser le poumon en place. On rabattit le lambeau cutané, on ne laissa qu'un orifice pour le passage d'un drain en gaze iodoformée. Aussi les accidents réapparurent-ils quoique moins intenses. La respiration resta gênée pendant quelque temps ; mais la dyspnée finit cependant par cesser environ une demi-heure après l'opération, qui avait duré une heure et demie.

Les suites de l'intervention ne présentèrent rien de particulier et l'opéré sortait guéri après trois semaines. Il put travailler au bout d'un mois et demi.

Jusqu'en mars 1891, tout alla bien. A cette époque il se fit une récidive au-dessous de la cicatrice. On enleva le noyau formé. Depuis, rien n'est apparu. En juillet 1893, époque où W. Müller a vu ce malade pour la dernière fois, il n'y avait encore aucune trace de récidive nouvelle.

Il s'agissait, dans ce cas, d'une tumeur rentrant dans la classe des ostéochondromes présentant à la périphérie des éléments sarcomateux.

D'après l'auteur, il ne faut pas laver la plèvre avec des antiseptiques ; on doit se servir seulement de solutions aseptiques. Le mieux est d'ailleurs de ne pas laver. MARCEL BAUDOUIN.

Die Ætiologie der Carpalen Ganglion, par LEDDERHOSE (*Deutsche Zeitsch. f. Chir., XXXVII*, 1 et 2, p. 102).

Longue, intéressante et très originale étude sur l'origine des kystes dits synoviaux du carpe. On connaît les théories émises par les auteurs français, par Gosselin, par P. Poirier, etc. Or, Ledderhose est loin de les accepter. Des nombreux examens histologiques qu'il a pratiqués, il conclut, en effet, d'une façon toute différente. Pour lui, les ganglions de la main sont de véritables néoplasmes polykystiques, de vrais kystomes qui apparaissent dans le tissu conjonctif périarticulaire. Il se produit là une dégénérescence colloïde; puis les petites cavités se réunissent

et forment des tumeurs plus ou moins volumineuses, à loges plus ou moins nombreuses. Au début, d'après Ledderhose, qui a au moins le mérite d'avoir un des premiers étudié ces tumeurs au microscope, il y a indépendance complète de l'articulation et des gaines synoviales. D'ailleurs, très rarement, au cours de dissections opératoires, cette communication articulaire, qu'on a dit fréquente, a été en réalité observée. Falkson, dans 13 opérations, a constaté qu'elle avait manqué 11 fois et que, pour les deux autres cas, elle était douteuse. Quant à Ledderhose, il n'y croit pas et prétend qu'il n'y a aucune observation vraiment démonstrative.

L'évolution de ces kystomes permet de comprendre pourquoi ils peuvent disparaître spontanément : sous l'influence d'un traumatisme ou de toute autre cause, la poche devenue unique se rompt et le contenu se résorbe : ce qui explique les succès chirurgicaux obtenus par l'écrasement ou la simple discision. Au poignet, ils semblent naître entre le grand os et le trapézoïde d'une part, d'autre part entre le scaphoïde et le semi-lunaire, au niveau d'un peloton cellulograisseux logé dans une fossette correspondant à l'interligne médio-carpien.

Ledderhose a tiré de ses études microscopiques quelques conclusions cliniques. L'écrasement et la discision simple ne sont pas à rejeter, mais ne doivent être utilisés que dans certains cas (poche unique au début, par exemple); la discision multiple ne vaut pas l'extirpation. A ce dernier moyen, qui est le procédé de choix, il faut ajouter encore l'ouverture large, avec ou sans grattage du kyste, suivi ou non du tamponnement. Mais la dissection est toujours difficile, surtout à une phase peu avancée de la lésion, parce que le kyste adhère intimement à des lamelles fibreuses para-articulaires. M. B.

I. — Des suppurations froides consécutives à la fièvre typhoïde. Spécifité clinique et bactériologique de l'ostéomyélite typhique, par CHANTEMESSE et WIDAL (*Soc. méd. des hôp.*, 24 *novembre* 1893).

II. — Ostéomyélite costale ayant évolué pendant dix ans à la suite d'une fièvre typhoïde, par WIDAL (*Ibid.*, 15 *novembre* 1893).

III. — Sur l'ostéomyélite à bacille d'Eberth, par ACHARD et BROCA (*Ibid.*, 15 *décembre* 1893).

I. — Dans le premier cas le malade fut pris, 15 jours après être sorti de l'hôpital, guéri de sa fièvre, d'une douleur au milieu du tibia droit ; après 15 jours de repos la douleur disparut, mais peu à peu se forma une tumeur grosse comme une petite noix, fluctuante, nettement limitée, sous-périostée ; onze mois après la fièvre une ponction amena l'issue d'un pus jaunâtre contenant une culture pure du bacille d'Eberth.

Dans le second cas les foyers de suppuration ont été multiples ; pendant la convalescence on incisa un abcès formé au milieu du tibia droit, et sous-périosté ; il resta une fistule non guérie au bout de 4 ans ; peu après la fièvre il se formait un abcès à la face postéro-inférieure de la fesse gauche ; trois mois plus tard un abcès sur le dos de la première phalange du médius gauche, qui ne guérit que 10 mois plus tard, après la sortie d'un séquestre osseux ; enfin, 15 mois après la fièvre, quatrième abcès vers le milieu de l'avant-bras gauche. Pendant la formation de ces abcès il n'y a eu ni frisson, ni fièvre. Dans ce dernier abcès il y avait une culture pure du

bacille d'Eberth; pas de bacille de Koch. Cliniquement ces abcès avaient l'allure d'abcès froids tuberculeux.

Les auteurs ont pu réunir 14 observations d'ostéomyélite typhique, 8 chez l'homme, 6 chez la femme, de 11 à 50 ans. Elle survient surtout dans les formes à rechutes ou prolongées ; en général, c'est un accident de la convalescence, dans la première semaine après la chute de la fièvre, parfois après 3 et 4 mois. Les os longs seuls ont été frappés dans les 14 cas et presque toujours au niveau de leur diaphyse. Le tibia est l'os de choix, 12 fois sur 14 cas ; les côtes ont été touchées deux fois ; le cubitus deux fois ; l'humérus, le fémur, le métatarsien et les phalanges une fois. La lésion est presque toujours localisée dans les parties superficielles de l'os, périoste et tissu compact de la diaphyse ; cliniquement la lésion peut revêtir l'aspect d'une exostose, d'une périostite suppurée ou d'un abcès sous-cutané. Les exostoses peuvent guérir spontanément ou durer plus de 3 ans. L'abcès sous-périosté peut être chaud ou froid. La suppuration sous-cutanée peut se montrer assez loin de l'os malade. Le pus est en général crémeux, bien lié, blanc, sans odeur. La douleur marque le début de la complication ; parfois elle est violente, nocturne, ostéocope. Dans tous les cas la guérison est survenue, soit après une simple incision, soit après un traitement chirurgical.

II. — M. X. à 24 ans contracte une fièvre typhoïde ; au début de sa convalescence, il se forma sous le mamelon droit une petite tumeur rouge, très douloureuse; puis l'inflammation s'apaisa, il resta une nodosité dure ; quatre ans après, la tumeur redevient douloureuse, fluctuante ; il sort une grande quantité de pus ; mais il resta une fistule intermittente et ce n'est que 6 ans plus tard, après l'élimination de trois petits séquestres, que la cicatrisation se fit complète et rapide.

III. — Un homme de 27 ans, vigoureux, portait sur le bord gauche du sternum une bosselure, grosse comme une demi-mandarine, fluctuante, à peau rosée et n'ayant débuté que depuis quelques semaines ; il avait eu 3 mois auparavant une fièvre typhoïde et antérieurement avait reçu un coup en ce point du thorax. L'abcès incisé, il sortit un pus verdâtre, très fluide ; la poche était dure et au fond il y avait une côte dénudée. Le pus examiné montra une culture pure du bacille d'Eberth. Un mois après le malade était guéri. H. L.

Note clinique sur les ganglions d'aboutissement des lymphatiques des membres, par FELIZET (*Bull. Soc. chir.*, *XIX*, *p.* 521).

En se maintenant sur le terrain purement clinique, Félizet croit pouvoir affirmer que les lymphatiques de la région génitale externe aboutissent aux ganglions « moyens » de la base du petit triangle ganglionnaire inguinal. Il a observé, chez l'enfant, la marche très nette de la lymphangite, bien plus facile à suivre qu'elle ne l'est chez l'adulte. Les lymphatiques de l'anus se rendent un peu plus en dedans, c'est-à-dire aux ganglions « internes ».

Pour le membre supérieur, la lésion de la face dorsale du pouce, et de la partie postérieure de la région thénar, infecte fréquemment le ganglion (ou l'enroulement vasculaire) qui siège au niveau du sillon pectoro-deltoïdien. ARROU.

Ueber die operative Behandlung eines grossen myelogenen Sarcom der Tibia (Traitement opératoire d'un volumineux sarcome myélogène du tibia), par NEUMANN (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLVI*, 2, 1893).

Neumann rapporte l'observation d'un sarcome de l'extrémité supérieure du tibia dans laquelle une résection, limitée aux parties envahies donna un succès complet, malgré la grande étendue des lésions. Il s'agissait d'une femme de 20 ans qui, à la suite d'une chute sur le genou, éprouva des douleurs persistantes à l'endroit contus, puis vit se développer une tuméfaction au même endroit. On crut tout d'abord à un abcès et on incisa. Mais il ne sortit pas de pus, et la plaie devint le siège d'un bourgeonnement qui ne laissa aucun doute sur la présence d'un sarcome du tibia. Au cours de l'opération, faite par Bramann, on constata que tout le tiers supérieur du tibia était envahi par le néoplasme, lequel faisait même irruption dans l'articulation. Néanmoins, Bramann se crut autorisé à être très conservateur : il se borna à réséquer environ 10 centimètres de tibia correspondant à la partie malade de l'os, à réséquer la tête du péroné, à exciser les parties molles de l'articulation du genou et à aviver les condyles du fémur, de façon à amener une soudure entre les surfaces osseuses. Le succès fut complet; la malade conserva un membre très utile au point de vue de la marche et n'eut pas de récidive. REBLAUB.

Du traitement des fractures de l'olécrâne par la suture, par VERCOUSTRE (*Thèse de Paris*, 1893).

L'existence de l'épanchement articulaire, mais surtout l'action incessante du triceps et l'interposition, plusieurs fois constatée par Mac-Ewen, de lambeaux fibreux, aponévrotiques entre les fragments rendent compte de la rareté de la consolidation par cal osseux dans les fractures de l'olécrâne.

Aussi Vercoustre préconise-t-il la suture des fragments, opération simple, facile, qui n'exige qu'une asepsie absolue. Cette suture ne donne pas d'échecs. Les résultats immédiats ou éloignés consignés dans les observations sont excellents. La durée du traitement est diminuée, les fonctions articulaires sont rétablies intégralement.

Tous les cas, sans exception, d'après Vercoustre, peuvent être traités par la suture. Il n'existe pas de véritable contre-indication. C. WALTHER.

Ein Fall von Doppelschrägbruch am unteren Humerusende mit Zerreissung des Nervus radialis (Un cas de fracture oblique double de l'extrémité inférieure de l'humérus avec déchirure du nerf radial), par CLAUS (*Centralbl. f. Chir.*, *n°* 39, 1893).

Claus rapporte une observation de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, chez un garçon de 10 ans, fracture insolite par les caractères du trait de la fracture et par ce fait que le nerf radial fut complètement sectionné. La fracture était immédiatement sus-condylienne, et le trait de fracture se dirigeait obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. Les extrémités des fragments étaient taillées en fort biseau, le supérieur aux dépens de la face postérieure, l'inférieur aux dépens de la face antérieure; le fragment inférieur était déplacé et porté en dedans et en arrière. Le nerf radial avait subi une section nette au niveau du point où il contourne le bord externe pour devenir antérieur. Toutes ces constatations furent faites au cours de l'opé-

ration pratiquée, avec plein succès, pour rétablir la continuité du nerf.

REBLAUB.

Traitement des fractures de la rotule par la suture. Description du procédé dit « en lacet » de Périer, par Fernand GILIS (*Thèse de Paris*, 1893).

Le procédé, dans son résumé le plus abstrait, consiste à suturer en lacet, c'est-à-dire en rejoignant et croisant les deux chefs du même fil, les parties fibreuses qui doublent la face antérieure de chaque fragment de la rotule fracturée.

Pour exécuter cette suture, Périer conseille de tailler un lambeau antéro-interne, contournant tout le bord externe de la rotule et rejeté en dedans. Après la suture faite à la soie et comprenant toute l'épaisseur du surtout fibro-périostique, on réapplique le lambeau cutané.

Par ce procédé, le nettoyage de l'articulation et des fragments au moyen du naphtol camphré est très facile. On supprime le forage des trous dans la rotule, le passage des fils et le drainage post-opératoire.

Au lieu de l'appareil plâtré, Périer conseille des attelles de zinc analogues à celles de l'appareil de Sayre. Enfin on obtient un cal osseux.

F. VERCHÈRE.

Fractura Calcanei, par W. KŒRTE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 37, *p.* 902, 14 *septembre* 1893).

Sur 10,800 cas de fractures empruntés à divers auteurs Pinner n'en a trouvé que 11 du calcanéum. Kœrte a eu la chance d'en observer 9 cas, dont 2 bilatérales. L'espèce la plus commune est la fracture par arrachement. Le fait suivant a été produit par écrasement.

Chute sur les pieds d'une hauteur de plusieurs étages ; mort par d'autres blessures simultanées. Le calcanéum est rompu en plusieurs fragments. La partie antérieure de l'os est séparée de la postérieure, l'arête aigue de la face inférieure de l'astragale ayant agi comme un coin. La petite apophyse est cassée sur le côté et est à peine adhérente au corps de l'os. La face cuboïdienne est également rompue et déprimée, enfin la partie postérieure de l'os est brisée en plusieurs morceaux. Les symptômes caractéristiques des fractures du calcanéum sont l'élargissement du talon, l'abaissement de la malléole externe et l'attitude de pied plat ; souvent ces fractures sont prises pour des fractures malléolaires.

Dans la discussion, *Thiem* insiste sur la fréquence relative des fractures du calcanéum dans les chutes sur les pieds de lieux élevés et sur l'extrême sensibilité à la pression au-dessous de la malléole externe.

Heidenhain a observé une fracture de calcanéum dans les circonstances suivantes : Maçon de 50 ans, ayant reçu contre le talon au niveau de l'insertion du tendon d'Achille, le choc d'un tonneau plein de chaux. Le tendon se rompit au niveau de son insertion calcanéenne en arrachant de l'os un fragment, ayant un diamètre de 1 centimètre qui suivit le tendon dans sa rétraction. Il n'y eut, malgré l'immobilisation en attitude convenable, qu'une réunion conjonctive, et au bout de 6 mois le malade marchait à peine avec une canne (*R. S. M.*, XI, 646, XII, 263 et XXII, 298).

J. B.

Traitement chirurgical des pseudarthroses du fémur, par KOUZMINE (*Rev. de chir.*, *n°* 10, *p.* 846, 1893).

Dans deux cas de pseudarthrose du fémur, Kouzmine a employé le procédé suivant : après avoir mis à découvert les extrémités osseuses, au lieu de les tailler obliquement ce qui ne permettait pas une coaptation suffisante, il décolla sur chaque fragment une collerette périostique puis fit la section perpendiculaire. Les deux fragments furent maintenus bien exactement dans leur position par deux longs clous enfoncés en croix par des trous faits avec le perforateur. Les clous furent enlevés au bout d'un mois et dans les deux cas, le résultat obtenu fut excellent. WALTHER.

Operation for the correction of deformity of the wrist, par GOODHNE (*Med. Record*, 6 *janvier* 1894).

Pour rémédier à une position vicieuse du poignet droit, provenant d'une fâcheuse consolidation d'une fracture du radius à la jonction de son tiers supérieur avec le tiers moyen, fracture survenue 18 mois auparavant chez une dame de 43 ans, on pratiqua une résection de 1 cent. 5 du cubitus à la jonction du tiers moyen avec le tiers inférieur. Le résultat fut excellent et le poignet fortement déjeté sur le côté externe reprit sa place normale dans l'axe de l'avant-bras. CART.

Contribution à l'histoire de la résection du poignet dans les affections tuberculeuses graves et suppurées de cette région. Résultats éloignés de cette opération, par LOISON (*Rev. de chir.*, *n°* 11, *p.* 893, 1893).

L'auteur apporte quatre observations nouvelles de résection du poignet par la méthode d'Ollier. Il tire de son travail les conclusions suivantes :

1° La résection du poignet est indiquée même dans les cas de tumeur blanche du poignet très ancienne et ayant amené des désordres considérables dans la région, pourvu bien entendu que la marche de l'affection tuberculeuse autorise une tentative conservatrice, et d'autre part que l'âge du sujet permette de compter sur les processus réparateurs nécessaires à la reconstitution d'une néarthrose suffisamment solide. Les raideurs anciennes des doigts peuvent être efficacement combattues par le traitement consécutif quand tous les muscles ont été conservés par une bonne technique opératoire ;

2° Dans les lésions anciennes et diffuses avec destruction presque complète des os du carpe et altérations étendues des métacarpiens et des os de l'avant-bras, on peut conserver des mains assez fortes et assez mobiles pour les mouvements nécessaires aux divers usages de la vie ;

3° Des hémoptysies antérieures ne sont pas une contre-indication à la résection du poignet, surtout quand le malade veut à tout prix conserver son membre ; les pansements actuels permettent de pousser beaucoup plus loin qu'autrefois les opérations conservatrices ;

4° La marche de l'infection tuberculeuse est nécessairement très variable d'un sujet à un autre, et il est des infections à marche fatale, qu'on ampute, qu'on résèque, ou qu'on s'abstienne de toute opération.

Mais lorsque les lésions pulmonaires sont venues après la lésion locale, qu'elles sont des lésions subordonnées (Ollier), on voit souvent ces lésions s'amender et même disparaître après la résection du poignet;

5° Dans les tuberculoses anciennes et étendues au métacarpe et à l'avant-bras, l'amputation constitue en principe le moyen de guérison le plus sûr et le plus rapide, mais nos observations démontrent que cette règle n'est pas absolue et qu'on peut avoir, en suivant les traitements opératoires et post-opératoires des résultats très heureux au point de vue vital, orthopédique et fonctionnel;

6° Dans les cas de moindre gravité, la résection du poignet faite par la méthode sous-périostée est une opération capable de rendre complètement et définitivement les fonctions du membre malade. Il faut attendre plusieurs années pour apprécier le degré réel de la restitution fonctionnelle. Chez les sujets jeunes surtout, le fonctionnement du membre doit s'améliorer considérablement avec le temps et donner les meilleurs résultats orthopédiques et fonctionnels. C. WALTHER.

Des amputations simultanées dans la continuité des deux membres inférieurs, par Paul DELON (*Thèse de Lyon*, 1894).

D. a réuni 106 observations d'amputations des deux membres : 20 amputations des 2 cuisses, 77 des deux jambes, 7 d'une cuisse et d'une jambe. Les résultats n'ont pu être connus que dans 62 cas :

Amputation des 2 cuisses : 9 guéris, 2 morts ; des 2 jambes : 42 guéris, 3 morts ; d'une cuisse et d'une jambe : 5 guéris, 1 mort.

L'auteur discute les conditions d'intervention suivant qu'il s'agit de lésions progressives, de traumatismes et pose les indications. A. C.

Ueber Zerreissung des Kniegelenkzwischen-Knorpels und die operative Behandlung des Lesdens (De la déchirure du ménisque interarticulaire du genou et son traitement opératoire), par BORCK (*Archiv f. klin. Chir.*, *XLVI*, 2).

Borck a observé une déchirure du ménisque interarticulaire interne du genou, affection qu'il ne faut pas confondre avec la luxation de ce ménisque : Il s'agit d'un homme qui, trois ans auparavant, avait subi une entorse du genou droit et qui, en voulant monter sur un cheval indocile, fut projeté à terre, le genou droit portant sur le sol. Hémarthrose consécutive nécessitant un séjour au lit de plusieurs semaines. Quand le malade reprend la marche il éprouve une douleur permanente dans le genou et parfois il voit apparaître sur la face interne du genou un petit corps interposé entre les surfaces articulaires et l'empêchant d'étendre complètement la jambe. On suppose qu'il s'agit d'une luxation du ménisque, mais l'arthrotomie montra qu'on avait affaire à une déchirure de cet organe tout près de son insertion antérieure, et que c'était la partie flottante du ménisque déchiré qui venait faire hernie en dehors de l'articulation. On en fit la résection, et le malade guérit complètement.

L'auteur veut qu'on distingue la déchirure des ménisques de leur luxation. Si, dans cette dernière, il y a un léger degré de déchirure, c'est toujours un arrachement qui se fait aux insertions antérieure ou postérieure. La déchirure, au contraire, est produite par la contusion et l'écrasement du corps du ménisque entre les deux surfaces articulaires.

REBLAUB.

Mal de Pott dont la guérison rapide et définitive a coïncidé avec des injections de naphtol camphré, par COURTIN (*Journ. méd. Bordeaux*, 6 *août* 1893).

Jeune homme de 17 ans, atteint de mal de Pott lombaire avec vaste abcès par congestion au niveau du triangle de J.-L. Petit. La collection vidée, des injections de naphtol camphré sont pratiquées à quatre reprises dans l'espace de trois mois ; à chaque séance on laisse une certaine quantité du liquide dans la poche, d'autant moindre qu'elle a plus diminué et, dans les cinq mois qui suivent, au trajet fistuleux consécutif succède l'oblitération, qui a persisté depuis une année et qui a coïncidé avec le retour de la santé.

OZENNE.

Transplantation musculo-tendineuse dans le pied-bot paralytique, par PHOCAS (*Revue d'orthopédie*, 1er *novembre* 1893).

Il s'agit d'une petite fille de 4 ans atteinte d'un pied-bot valgus paralytique à laquelle Phocas fit, en mai 1893 l'opération suivante : incision de 5 centimètres sur le cou de pied entre le jambier antérieur et l'extenseur propre du gros orteil ; découverte, puis section du tendon du jambier antérieur ; découverte du muscle extenseur propre du gros orteil et de son tendon ; à l'endroit où le tendon s'insère sur le muscle et en plein muscle on pratique une boutonnière au bistouri ; division dans sa longueur d'une partie du bout périphérique du jambier antérieur puis passage des deux bouts tendineux dans la boutonnière musculaire ; ils sont assujettis avec quelques points de suture ; anastomose du bout central du jambier avec le tendon de l'extenseur : améloration du pied-bot. CART.

Beitrag zur operativen Plattfussbehandlung (Contribution au traitement opératoiee du pied plat), par Alfred GLEICH (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLVI*, 2).

Partant de cette idée que le pied plat traumatique est presque toujours consécutif à une fracture du calcanéum, Gleich s'est demandé si on ne pouvait pas arriver à guérir le pied plat douloureux ordinaire par une opération sur cet os. L'étude anatomique du squelette montre qu'on peut rétablir la voûte du pied de deux façons par une opération sur le calcanéum, soit par une ostéotomie simple oblique de haut en bas et d'arrière en avant, suivie du glissement du fragment postérieur parallèlement à lui-même, soit par une excision cunéiforme. Dans le premier cas le point d'appui calcanéen reste le même ; dans le second cas il se déplace d'avant en arrière et se rapproche de celui de l'opération de Pirogoff. La technique opératoire est simple : incision des parties molles comme dans l'opération de Pirogoff, section du tendon d'Achille, mise à nu du calcanéum et ostéotomie faite de bas en haut. La marche doit être permise le plus tôt possible après l'opération ; les résultats seront d'autant meilleurs qu'elle aura été plus précoce. Cette opération a été exécutée avec succès sur le vivant par von Eiselsberg et Brenner.

REBLAUB.

Du massage dans le traitement des ulcères variqueux, par ERDINGER (*Thèse de Bordeaux*, 1893).

Ce travail est basé sur 12 observations la plupart personnelles. Le massage de l'ulcère comprend différentes manœuvres appropriées aux

différents cas, depuis le simple effleurage jusqu'au pétrissage des parties malades; néanmoins l'auteur s'en est tenu à l'effleurage seul, et s'en montre satisfait. En peu de jours, la douleur constatée autour de l'ulcère s'amende, le malade peut marcher sans souffrir et sans craindre de retard de cicatrisation. Les troubles de la sensibilité disparaissent progressivement, la sensibilité normale revient pas à pas, les parties avoisinantes reprennent leurs caractères normaux. Un point particulier à citer : il semble qu'il y ait parallélisme entre la rapidité de la cicatrisation et le retour de la sensibilité à l'état normal. ARROU.

Zur Behandlung des Erysipels, par KOLACZEK (*Centralbl. f. Chir.*, n° 28, 1893).

Le traitement, recommandé par Kolaczek contre l'érysipèle, consiste simplement à recouvrir toute l'étendue de la peau malade d'une feuille de papier gommé, trempée dans une solution phéniquée à 5 0/0. Un bandage compressif à l'ouate a pour but d'amener une application exacte et un contact intime du papier avec la surface tégumentaire. Au bout de 2 à 4 jours, parfois même après 24 heures, le processus malade est arrêté dans son évolution. Ce traitement serait d'autant plus infaillible que les parties atteintes, présentant une surface lisse, permettent une application exacte du pansement. L'érysipèle des membres guérirait pour cette raison, plus facilement que celui du tronc, et ce dernier plus facilement que celui de la face. REBLAUB.

Infection purulente occasionnée par des piqûres de sangsues, par DANDOIS (*Ann. Soc. belge Chir.*, 15 *juillet* 1893).

Ce cas de mort par infection purulente a été recueilli sur un homme de 47 ans indemne de tout antécédent pathologique. On lui avait fait deux applications de sangsues pour une rupture musculaire traumatique, et pendant quelques jours les plaies ont été recouvertes de cataplasmes de farine de lin. Une semaine après l'application des sangsues se montraient les premières manifestations de l'infection purulente, dont le tableau symptomatique se déroula tout au complet (abcès métastatiques, suppuration articulaire) et fut suivi de mort rapide. OZENNE.

I. — Auto-inoculation cancéreuse, par COURTIN (7° *Cong. franç. chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 25 *avril* 1893).

II. — Nature et guérison du cancer, par Domingos FREIRE (*Rev. méd. chir. Brésil*, *juillet* 1893).

I. — Femme atteinte d'une tumeur cancéreuse du mésentère avec ascite, sans lésions de la paroi abdominale; on pratiqua quatre ponctions. Sur le trajet des ponctions, se développèrent des noyaux indurés qui, en s'élargissant, se rejoignirent et formèrent une tumeur dure, bosselée, de la grandeur de la main. La peau devint rouge, adhérente, parsemée de veines dilatées et, à un moment donné, elle s'ulcéra et laissa échapper un ichor abondant et fétide.

II. — Admettant, d'après ses expériences et celles de différents auteurs, qu'un bacille court et large est la cause du cancer, Domingos Freire en a fait des cultures et l'a appliqué à deux cas de cancer ulcéré, qui ont guéri.

L'un de ces cancers, chez une femme de 50 ans, occupait la moitié de la face qu'il avait détruite au point de laisser voir la cavité bucco-nasale. Après huit injections hypodermiques d'un tiers, puis d'un quart d'une culture de ce bacille, la cicatrisation a été obtenue.

Dans le deuxième cas, il s'agissait de deux vastes et profondes ulcérations fessières, observées sur une jeune femme de 24 ans, avec vives douleurs et tuméfaction ganglionnaire. Ces mêmes injections, au nombre de douze, ont amené la guérison complète.

Pour éviter tout accident, la dose de l'injection ne doit pas dépasser un cinquième ou un quart de centimètre cube, en laissant l'intervalle de un, deux et trois jours entre deux applications successives. OZENNE.

OPHTALMOLOGIE.

I. — Das Sehen in Zerstreuungskreisen (**La vision avec les cercles de diffusion**) **par SALZMANN** (*Græfe's Arch. f. Opht.*, *XXXIX*, 1893).

II. — Untersuchungen über die Abnahme der Sehschärfe im Alter (**Recherches sur la diminution de l'acuité visuelle sous l'influence de l'âge**), **par BOERMA et WALTHER** (*Ibid.*, 1893).

I. — La diminution de l'acuité visuelle par les cercles de diffusion est indépendante de la dioptrie oculaire. Les différences proviennent uniquement de la largeur de la pupille, des fautes d'expérimentation, et du coefficient d'action; ce dernier ne peut être déterminé qu'empiriquement et rend impossible de prime abord le calcul exact de l'acuité visuelle.

II. — Les recherches des auteurs ont porté sur 1,000 individus ayant dépassé la quarantaine; leurs résultats diffèrent de ceux de Donders et de Haan en ce sens qu'ils ont trouvé une diminution régulièrement progressive et moins forte. Ils ont aussi trouvé des altérations très légères des milieux réfringents chez 7 1/2 0/0 des personnes âgées de 40 à 50 ans, chez 12 1/2 0/0 entre 50 et 60 ans, chez 32 0/0 entre 60 et 70 ans, chez 46 0/0 entre 70 et 80 ans. ROHMER.

Ueber die Unvereinbarkeit gewisser Ermüdungserscheinungen des Sehorgans mit der Dreifasertheorie (**De l'incompatibilité de certains phénomènes de fatigue de l'organe visuel avec la théorie des trois fibres**), **par HESS** (*Graefe's Arch.*, *XXXIX*, 2).

Dans ce travail, Hess tâche de réfuter les objections d'Helmholtz. Dans ses expériences, il s'est basé sur la dernière modification qu'Helmholtz a apportée à la théorie dite des 3 fibres. Il a admis avec cet auteur que même les couleurs fondamentales excitent toujours les 3 sortes de fibres, seulement l'une un peu plus fort que les autres ; en un mot, il a fondé ses calculs sur le nouveau triangle chromatique d'Helm-

holtz. Il a en outre attribué dans ses calculs une valeur variable, voire même une valeur démesurément grande à la lueur propre de la rétine. Puis il a comparé les résultats de ses calculs avec les résultats de son expérience. Tout en faisant ainsi les concessions les plus larges à la théorie d'Helmholtz, il a constaté que le ton apparent de la lumière réactive, par rapport à la teinte réelle de cette lumière dépasse de beaucoup les limites qu'on pourrait assigner à ce déplacement dans le cas le plus favorable d'après la théorie d'Helmholtz. Ces expériences de Hess porteraient une grave atteinte à la théorie de Young-Helmholtz et consolideraient une fois de plus la théorie de Hering. ROHMER.

De l'acuité visuelle; étude physique et clinique, par BORDIER (*Paris*, 1893).

L'auteur a repris l'étude de l'acuité visuelle et passe en revue successivement : le minimum separabile, les conditions de netteté des images rétiniennes, la mesure de l'acuité visuelle, les modifications de grandeur des images rétiniennes par les verres correcteurs dans les différentes amétropies ; il passe en revue successivement les différentes échelles optométriques (Jaeger, Snellen, Giraud-Teulon, etc.); il appelle l'attention sur l'acuité vraie et l'acuité apparente des amétropes ; il s'arrête spécialement à la détermination de l'acuité des amétropes par l'optomètre de Badal, à la variation de l'acuité avec l'éclairement, avec le diamètre de la pupille, et avec l'âge. ROHMER.

Les images secondaires, par SNELLEN senior (*Ann. d'ocul., CX, octobre* 1893).

Les résultats de ces recherches peuvent être résumés de la façon suivante :

Un éclairage instantané produit des images secondaires présentant 3 phases : une étincelle électrique vue à travers un écran produit une image négative très distincte, tandis que l'obturateur en fournit de fort indistinctes. Dans la troisième phase, l'étincelle a donné une image d'un rouge brunâtre de manière qu'il était impossible de décider si on avait affaire à une image positive ou négative. Les deux premières phases sont d'autant plus nettes que l'éclairage a été plus court ; la troisième phase n'apparaît que sous la condition d'absence complète de toute lumière extérieure. La lumière objective fait disparaître cette image secondaire. Pendant la fixation d'une lumière faiblement éclairée on aperçoit une image successivement claire et sombre. Ces changements indiquent l'existence d'une fatigue rétinienne, suivie immédiatement du rétablissement. ROHMER.

Quelques faits relatifs au développement de la myopie, par SULZER (*Ann. d'oculist., CX, juillet* 1893).

Sulzer a observé que la myopie des écoliers, au début, est presque toujours monoculaire ; lorsque plus tard elle devient binoculaire, le degré en reste pendant un temps plus ou moins long inégal pour les deux yeux. D'après l'auteur, cela tiendrait à ce que presque tous les enfants, en écrivant, inclinent la tête, soit à droite, soit à gauche, attitude spéciale à l'écriture inclinée ; elle s'explique par la tendance qu'a l'élève de donner

à la ligne basale une direction perpendiculaire à celle des traits pleins de l'écriture. Il résulte de l'inclinaison de la tête que les deux yeux sont placés à des distances inégales de l'objet fixé. Pour obtenir des images également distinctes dans les deux yeux, l'enfant serait forcé de faire un effort d'accommodation différent pour chaque œil. Des expériences récentes ont montré que l'accommodation inégale pour les deux yeux est physiologiquement impossible ; aussi voit-on dans les écoles l'œil le plus rapproché du point fixé suppléer à l'accommodation inégale par son élongation. ROHMER.

Du traitement des dacryocystites par le curetage du canal nasal et du sac lacrymal sans incision cutanée, par TERSON (*Soc. franc. d'opht., mài* 1893).

Après avoir injecté dans le sac quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1/20, on incise largement le conduit lacrymal supérieur à l'aide du petit couteau mousse de Weber. On rétablit ensuite le passage jusqu'au fond du canal nasal à l'aide d'un stylet de Bowman n° 4. Cela fait, une petite curette tranchante et fenêtrée, introduite par le conduit incisé, est poussée jusqu'au manche dans le canal lacrymo-nasal. L'instrument est d'abord promené dans tout le trajet du canal nasal, auquel il restitue son calibre normal, le manche étant retourné dans la main comme pour la stricturotomie de Stilling ; puis on remonte dans le sac lacrymal dont on pratique le curetage dans tous les sens, méthodiquement, toujours en retournant sur lui-même le manche de l'instrument.

ROHMER.

Contribution à l'étude du traitement chirurgical du strabisme, par DAUDE-LAGRAVE (*Thèse de Paris*, 1893).

Le traitement chirurgical ne constitue pas à lui tout seul toute la thérapeutique du strabisme ; il a cependant la plus large part. La base de ce traitement est la ténotomie qui agit sur le muscle déviateur en reculant son insertion et en affaiblissant son action ; à côté de la ténotomie se placent l'avancement musculaire et l'avancement capsulaire. L'avancement musculaire ou capsulaire combiné à la ténotomie, trouve des indications formelles dans les cas de strabismes paralytiques, de strabismes secondaires, et aussi le plus souvent dans les strabismes divergents. Ces opérations s'imposeront encore dans les strabismes convergents concomitants dépassant 40°. Pour les strabismes convergents concomitants ne dépassant pas 15°, la ténotomie seule peut suffire mais son action sera active et régularisée en y ajoutant une suture conjonctivo-capsulaire du côté opposé. Enfin, dans les strabismes convergents concomitants de plus de 15° mais n'atteignant pas 40°, le mode particulier de suture conjonctivo-capsulaire décrit par l'auteur, rendra de précieux services. L'emploi de cette suture dispensera de recourir à des procédés plus compliqués, d'une exécution plus difficile, et dont l'action trop puissante pourrait parfois faire dépasser le but qu'on s'était proposé. ROHMER.

Une observation de cécité intermittente, par GAYET (*Soc. franç. d'opht.*, *mai* 1893).

Un jeune homme de 17 ans est pris, sans cause connue, d'attaques d'amaurose absolue, sans altérations de l'œil. Ces attaques ont duré, les unes vingt-quatre heures, les autres jusqu'à quatre et cinq jours; tantôt la cécité est survenue brusquement et partie de même; tantôt elle a mis quelques heures à se compléter et tout autant à disparaître. Elles ont toutes été caractérisées par ce fait, que les mouvements pupillaires n'ont pas été suspendus ni troublés pendant tout le temps de l'aveuglement. L'amaurose dans aucune de ses apparitions, n'a été préparée ni accompagnée par des symptômes prémonitoires. Les urines ont été analysées et ont paru normales. L'acuité visuelle, en dehors des crises, est égale à 1, et les champs visuels, peut-être un peu rétrécis, sont restés normaux pour le blanc et les couleurs. Rien dans l'hérédité ascendante, nulle névrose. Méningite vers l'âge de trois ans. Quant à dire à quelle lésion rattacher ces singulières crises, nul ne le saurait : embolie, spasme capillaire, compression par le liquide encéphalo-rachidien, peuvent être discutés, et surtout une de ces intoxications passagères, qui mettent momentanément dans le sang des matières capables d'agir sur le système nerveux. ROHMER.

Le nystagmus des mineurs, par PECHDO (*Ann. d'oculist.*, *CX*, *août* 1893).

D'après l'auteur, ni le défaut d'éclairage, ni la position des mineurs ne produiraient le nystagmus; celui-ci serait provoqué par la présence des gaz produits par la distillation de la houille, tels que grisou, amylène, hexylène, et autres carbures d'hydrogène gazeux ou volatiles à la température élevée des houillères ; c'est l'absorption pulmonaire, cutanée et gastro-intestinale de ces gaz qui produit une intoxication spéciale. Le travail au grand air est le seul traitement efficace lorsque la maladie est ancienne. ROHMER.

D'un caractère objectif différentiel du nystagmus congénital et du nystagmus de la sclérose en plaques, par L. BARD (*Lyon méd.*, 26 *novembre* 1893).

Quand le nystagmus est un peu intense il ne se produit que dans les mouvements étendus de l'œil, quand on fait fixer au malade un doigt qu'on déplace devant ses yeux, jusque dans les positions extrêmes. On peut tirer de ce fait un caractère différentiel entre le nystagmus congénital et le nystagmus dépendant de lésions organiques. Le nystagmus congénital qui existait spontanément disparaît pour quelques instants dans cette manœuvre; le second s'exagère ou se montre seulement alors. A. C.

Contribution à l'étude des oreillons de la dacryoadénite ourlienne, par LERICHE (*Thèse de Paris*, 1893).

Il existe une manifestation rare des maladies ourliennes qui se localise sur les glandes lacrymales et à laquelle on donne le nom de dacryoadénite ourlienne. Elle survient à titre de manifestation isolée ou apparaît à la suite de parotidite ou concomitamment avec elle. Elle se caractérise par un œdème considérable des paupières, particulièrement de la paupière supérieure et s'accompagne assez souvent de chémosis. Aussi

a-t-elle été confondue avec la conjonctivite. Elle se reconnaît à l'existence d'une petite tumeur dure, oblongue, lisse et douloureuse, siégeant au niveau de chaque glande lacrymale. Cette grosseur, constituée par la glande elle-même enflammée, peut ne pas apparaître nettement par suite de l'œdème qui l'entoure. Elle doit être recherchée avec soin par le toucher surtout au moment de la disparition de l'œdème. La dacryoadénite ourlienne offre une durée de deux semaines en moyenne et guérit toujours sans complications. Le traitement consiste en applications d'émollients ou de résolutifs. ROHMER.

Un cas de tuméfaction symétrique des glandes lacrymales et parotidiennes, par DEBIERRE (*Rev. gén. d'opht., octobre* 1893).

Chez un cocher de 27 ans, arthritique, l'auteur a observé un gonflement simultané des glandes lacrymales et parotides; les glandes lacrymales, entre autres, étaient dures, immobiles dans l'orbite; sous l'influence d'un traitement ioduré intense, tous les phénomènes ne tardèrent pas à s'amender et les tumeurs à disparaître. L'examen histologique d'un cas semblable pratiqué par Fuchs montra des lésions analogues à celles du lymphome, l'élément glandulaire ne paraissant pas atteint. Adoptant l'opinion de Panas, l'auteur pense qu'il s'agit là de troubles trophiques dus à la diathèse arthritique, et non de lymphomes ou de tumeurs malignes quelconques, comme le veulent Latteux et Mikulicz. ROHMER.

Ueber die Extirpation des Thränensackes (Extirpation du sac lacrymal), par MULLER (*Klin. Monatsbl. f. Augen., octobre* 1893).

L'auteur emploie le procédé suivant : Après avoir par pression vidé le sac lacrymal, on enfonce la pointe d'un bistouri dans la direction de l'ethmoïde ; on élargit l'incision en haut et en bas, jusqu'à sectionner le tendon de l'orbiculaire, c'est là la partie la plus délicate de l'opération. Avec le doigt enfoncé dans l'incision, on est étonné de voir combien il est facile de sentir le sac dans sa loge. Il suffit d'attirer le sac avec des pinces et une sonde, puis on sectionne avec des ciseaux son adhérence à la partie supérieure du canal nasal. L'opération est indiquée dans les cas où le traitement par la sonde de Bowman n'est pas applicable ; quand le canal nasal est obstrué ; en cas d'épaississement de la paroi osseuse du sac sans espoir de régression, ou quand on soupçonne la tuberculose du sac ou une carie des os ; quand la suppuration du sac complique un ulcère cornéen ou une cataracte ; enfin, lorsque le sac est très dilaté, quoiqu'ayant des parois très minces. ROHMER.

Ein Fall von hochgradigem..... (Guérison d'un blépharospasme intense), par MERZ (*Klin. Monatsbl. f. Augenh., octobre* 1893).

Chez un individu fort, bien portant, âgé de 41 ans, survint un blépharospasme, avec diminution du champ visuel pour les couleurs ; des injections de strychnine arrivèrent à guérir la lésion qui avait résisté à tous les autres moyens de traitement (cocaïne, ichtyol, etc.) ; c'est à l'action de la strychnine sur le nerf sus-orbitaire que l'auteur attribue la guérison. ROHMER.

Eczéma palpébral, par TROUSSEAU (*Soc. franç. d'opht., mai* 1893).

L'eczéma palpébral est une affection pénible pour le patient, désespérante pour le médecin, rebelle aux moyens ordinaires de traitement. Trousseau a réussi à le guérir, en employant des lavages conjonctivaux faits avec une solution de sublimé (sans alcool) dont la concentration doit varier progressivement de 5 à 25 centigrammes pour 500 grammes d'eau. L'emploi de la même solution a le meilleur effet sur la marche de la conjonctivite, aussi bien que de la lésion cutanée améliorée par des compresses tièdes imbibées de ce liquide. ROHMER.

Du ptosis, son traitement chirurgical particulièrement par le procédé de Panas, par PERTAT (*Thèse de Paris*, 1893.)

Le procédé de Panas, procédé reposant, comme on le sait, sur la fixation autoplastique de la paupière au muscle et à la peau du front, donne les résultats les plus satisfaisants dans les cas de ptosis complet ou très accentué. Ce procédé permet de doser exactement le degré de relèvement du voile palpébral en lui conservant sa forme normale et sa fonction. Il permet, en outre, la réunion chirurgicale immédiate, en évitant la suppuration obligatoire pour la ligature médiate. Dans les cas de ptosis légers ou peu accentués, on pourrait faire un choix entre les différents procédés, par excision simple, par résection, par avancement du tendon, par ligature médiate, et par fixation directe. ROHMER.

Des conséquences optiques et pathologiques du clignement palpébral, par BULL (*Soc. franç. d'opht., mai* 1893).

L'auteur attribue au clignement la formation du pinguicula et du ptérygion ; de plus, la pression des paupières produit une asthénopie particulière se manifestant par des troubles de la vision, par une irritabilité cornéenne et par des accidents réflexes, tels que le blépharospasme et des maux de tête ; à l'ophthalmomètre, on pourrait même reconnaître que le clignement modifie un peu la courbure de la cornée normale, et même de plusieurs dioptries si elle est anormale, surtout dans les cas de kératocone. ROHMER.

L'opération du trichiasis d'après Panas, par MULLER (*Klin. Monatsbl. f. Augen., octobre* 1893).

Après avoir décrit le procédé de Panas, l'auteur préconise le sien qu'il modifie de la façon suivante : Au niveau du bord supérieur du tarse (paupière supérieure) on pratique une incision d'une extrémité à l'autre de la paupière. Les deux lambeaux musculo-cutanés sont séparés du tarse qui est alors fendu dans toute la longueur de l'incision. Les fils à sutures sont d'abord passés sur la lèvre supérieure du tarse, d'arrière en avant, puis sur le lambeau tarsien inférieur, de dehors en dedans. Les fils sont liés à la face postérieure du lambeau tarsien inférieur ; de la sorte, on fait subir au lambeau tarsien, une torsion de 90°.

Les avantages de ce procédé consistent en ce que : le lambeau tarsien inférieur n'empiète pas sur le supérieur, d'où, moindre raccourcisseme
nt

de la paupière; la torsion du lambeau tarsien est très notable et le relèvement de la paupière forcément persistant. L'opérateur n'a pas comme avec le procédé de Panas, à s'inquiéter de donner plus ou moins de torsion au tarse, en serrant plus ou moins les fils. ROHMER.

Statistique étiologique de la kérato-conjonctivite, par COUETOUX (*Ann. d'ocul., CX, octobre* 1893).

L'auteur trouve, pour les kératites en général, qu'un peu plus des 2/3 mérite le nom de kérato-conjonctivite ; le maximum de ces cas se trouve de 5 à 20 ans. Les lésions naso-pharyngiennes scrofuleuses, sont très fréquentes; de même pour l'impetigo de la face qui, d'après Dunn, serait directement cause de l'apparition de la kérato-conjonctivite. Quant à l'action en général des affections rhino-pharyngiennes sur les affections de l'œil, l'auteur admet la théorie de Ziem qui trouve une relation très importante entre la circulation de l'œil et celle des tissus érectiles du nez ; c'est ainsi que la cocaïne dans les fosses nasales a refoulé la circulation en décongestionnant les tissus érectiles des cornets et provoqué un glaucome; une turgescence des cornets a diminué le champ visuel. Aussi Couetoux conteste-t-il les affections oculaires directement propagées du nez par les voies lacrymales. Un grattage pharyngien décongestionne mieux l'œil en pareil cas qu'une ponction de la cornée ou de la sclérotique. Cette même théorie explique aussi la symptomatologie opposée des kératites et des conjonctivites en ce qui concerne la congestion et la décongestion diurne, le peu d'action des lésions nasales sur la conjonctive, leur action presque constante sur les kératites. A la suite de l'engorgement des veines ethmoïdales sous orbitaires et naso-frontales, il s'établit une hyperémie collatérale, un refoulement du sang vers les veines de l'orbite et du globe surtout vers les procès ciliaires caverneux, et par conséquent une tension exagérée dans l'intérieur de l'œil. La stase ne s'y compense pas au moyen d'une circulation collatérale comme on le voit dans les stases marquées d'autres parties du corps ; cela s'explique par ce fait que par l'obstruction nasale la puissance aspiratrice des poumons est très amoindrie et par conséquent le moteur principal de la circulation veineuse n'agit pas ou agit très insuffisamment. ROHMER.

Zur Therapie einiger chronischer Conjunctivalerkrankungen (Thérapeutique de quelques inflammations chroniques de la conjonctive), par PETERS (*Graefe's Arch., XXXIX*, 2).

La guérison du trachome ne peut être obtenue par l'usage des antiseptiques, mais il suffit de gratter la muqueuse pour obtenir une transformation de la maladie. Le même fait se passe dans d'autres variétés de conjonctivites chroniques, telles que le catarrhe sec. L'explication de ce fait ne sera possible que quand on connaîtra mieux l'étiologie de ces lésions. ROHMER.

Ein Fall von Ophthalmia pseudotuberculosa, hervorgerufen durch das Eindringen von Raupenhaaren, par BECKER (*Berlin. klin. Wochens., n°* 22, *p.* 529, 30 *mai* 1892).

Enfant de 5 ans, dans l'œil gauche duquel, il y a trois mois, un camarade a

jeté une chenille velue. Depuis lors, l'œil est resté plus ou moins rouge et douloureux. La conjonctive palpébrale est seulement injectée; injection péricornéale profonde. Du côté nasal, la conjonctive oculaire présente en outre une dizaine de granulations, grosses au plus comme des têtes d'épingles, arrondies ou ovalaires, gris clair, transparentes, implantées sur la sclérotique, sauf deux qui sont superficielles et mobiles avec la conjonctive. Aucune de ces granulations, examinées à la loupe, n'est vascularisée ni douloureuse à la pression; de consistance élastique, elles sont nettement délimitées à leur pourtour. La cornée est le siège d'un trouble fin, diffus; la chambre antérieure est normale. L'iris est atrophié, terne et parcouru par de nombreux vaisseaux; au niveau de son segment inféro-interne, qui est le plus aminci, il présente quatre points clairs, grands comme des grains de chènevis et d'aspect cicatriciel; pupille très étroite, immobile; l'atropine la dilate irrégulièrement; synéchies postérieures étendues. Au niveau de la pupille, fines opacités grisâtres, en partie sur la capsule et en partie à son intérieur. Opacité diffuse du corps vitré. Perception lumineuse normale. Pas de sensibilité du globe oculaire à la pression.

L'examen microscopique, après excision des 2 granulations superficielles de la conjonctive, a montré qu'elles renfermaient des poils englobés dans une production tuberculiforme composée de cellules rondes, de cellules géantes et de noyaux libres; les cellules géantes contenaient plusieurs noyaux, centraux ou périphériques. Les granulations n'offraient ni vaisseaux ni tissu conjonctif ni bacilles tuberculeux. Elles étaient séparées du tissu conjonctif ambiant (infiltré de cellules) par un anneau de cellules fusiformes.

État un an plus tard : plus trace de granulations; sur l'iris, trois ou quatre points atrophiques, qui sont les cicatrices de pseudo-tubercules; restes d'iritis exsudative; opacités du corps vitré qui ont beaucoup réduit l'acuité visuelle. Pas trace d'irritation de l'œil.

C'est le sixième cas d'ophtalmie pseudo-tuberculeuse produite par des poils de chenille; le premier cas est celui de Pagenstecher (1883), les autres sont dus à Weiss (*Arch. f. Augenheilk.*, 1889), à Wagenmann (*R. S. M.*, XXXVII, 287) et enfin les deux derniers à Krueger (*Arch. f. Augenheilk.*, 1891).

Becker a fait quelques expériences sur des lapins en frottant contre un de leurs yeux une chenille vivante et contre l'autre une chenille morte. La chenille vivante a déterminé des accidents beaucoup plus intenses : catarrhe violent, desquamation, infiltrations et opacités de la cornée ne disparaissant qu'au bout de plusieurs semaines, tandis que la chenille morte a produit seulement une rougeur et une sécrétion peu marquées et ne durant que quelques jours. Il n'y a pas eu d'iritis car aucun poil n'a pénétré dans la chambre antérieure. Deux des lapins ont présenté un épaississement circonscrit de la conjonctive bulbaire. Le microscope a montré que les poils avaient pénétré dans la conjonctive, mais ils n'étaient pas inclus dans un pseudo-tubercule, vu la mort prématurée de ces animaux au bout de trois et de huit semaines; toutefois on apercevait déjà une multiplication des cellules rondes à l'entour des poils. Chez l'homme, la production d'un pseudo-tubercule de cette nature réclame trois mois (*R. S. M.*, XL, 227). J. B.

Zur Aetiologie der trachomatösen Augenentzündung, par OTTAVA (*Centralbl. f. Augenheilk.*, *juillet* 1893).

L'auteur insiste sur ce point que le trachome n'est pas une entité

morbide, mais un symptôme : comme preuve il cite les trois faits suivants : 1° Une femme atteinte de blennorragie vulvaire et oculaire est prise consécutivement de trachome, son enfant à son tour est infecté ; 2° Un enfant de 10 ans, scrofuleux, présente tous les symptômes du trachome, se lave dans la même cuvette et avec la même serviette que ses frères et sœurs et cependant ne donne pas la maladie à ces derniers ; 3° Chez un individu de 23 ans, atteint de trachome, on découvre un psoriasis suspect. Des frictions mercurielles font disparaître à la fois l'éruption cutanée et le trachome ; celui-ci reparaît sitôt qu'on interrompt le traitement mercuriel. ROHMER.

Traumatische Ruptur der Bindehaut des Augapfels (Rupture traumatique de la conjonctive oculaire), par CASPAR (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, *novembre* 1893).

Un individu de 46 ans reçoit un fort jet d'eau sur l'œil qui a pour effet d'arracher la conjonctive de son insertion cornéenne sur toute la moitié supérieure du globe ; l'acuité visuelle était un peu abaissée, et un léger trouble fut remarqué dans le corps vitré. Des sutures permirent d'obtenir la réunion immédiate de la déchirure conjonctivale, et l'acuité visuelle revint rapidement à la normale. L'auteur fait observer que le jet d'eau atteignit le blessé en face et un peu de bas en haut. Le liquide se répandit à la surface du globe et grâce à sa force centrifuge arracha la conjonctive à son insertion cornéenne. Tout autre traumatisme de même force aurait produit une rupture de la sclérotique ou de la choroïde. Seul, un jet de liquide a pu produire une pareille lésion, en étalant pour ainsi dire, la conjonctive sur le globe, et cela d'une façon si régulière, qu'il amena le détachement de toute la moitié supérieure de la conjonctive. ROHMER.

Traitement du kératocone, par CHEVALLEREAU (*Soc. franç d'oph.*, *mai* 1893).

L'auteur applique la fine pointe du thermocautère au sommet même du kératocone ; au moment où la pointe arrive à une certaine profondeur, on sent la cornée s'affaisser ; les assistants, en se plaçant dans le plan de l'iris, voient la cornée s'aplatir graduellement. On peut ainsi, sans perforer la cornée, obtenir un aplatissement de cette membrane aussi complète qu'on le désire. Ce procédé est surtout applicable aux cas où le sommet du kératocone est déjà le siège d'un leucome et à ceux où le sommet du cône n'est pas au centre de la cornée. ROHMER.

Tumor of the iris, par SCHNEIDER (*Journ. of the Americ. med. Ass.*, 4 *novembre* 1893).

Schneider a observé un cas rare, en dehors de la syphilis ou de la tuberculose, de néoplasme de l'iris chez une jeune fille de 16 ans sans antécédents héréditaires. Cette enfant avait reçu dans l'œil un coup de fourchette ayant déterminé une légère tache brunâtre dans le quart inférieur externe de l'iris gauche, tache qui resta stationnaire pendant 4 ans, puis s'accrut de manière à former une tumeur, remplissant partiellement l'espace compris entre l'iris et la cornée. Le 28 mars 1893, on enlève la tumeur qui mesure 7 millimètres sur 5 millimètres et 3 millimètres d'épaisseur. Le diagnostic histologique fut papillome originaire du tissu connectif sous-épithélial de l'iris. CART.

La tuberculose de l'iris, par BOSSIS (*Thèse de Paris*, 1893).

La tuberculose de l'iris est cliniquement primitive ou secondaire, la première probablement secondaire elle-même, bien que le foyer primitif nous échappe. Elle revêt deux aspects cliniques : la forme aiguë, granulique, et la forme chronique, atténuée, circonscrite, c'est le tubercule froid de l'iris. Dans la forme aiguë, confluente, les tubercules s'accroissent rapidement ; le liquide de la chambre antérieure devient louche et on voit apparaître du pus crémeux sous forme d'hypopion. Dans la forme chronique, le tubercule évolue timidement, avec une iritis de faible intensité, c'est ce qu'on a appelé la tuberculose atténuée. Le diagnostic n'est certain qu'après constatation des bacilles de Koch. Au point de vue thérapeutique, dans la forme secondaire, il faut traiter l'état général, et s'abstenir d'une intervention chirurgicale. Dans la forme primitive, si le néoplasme déplace l'iris, on pourra procéder à une intervention partielle, comme lorsque l'on curette une tuberculose locale. L'expérience a, en effet, démontré, d'une part, la guérison spontanée d'un bon nombre de tuberculoses iriennes torpides, et d'autre part, la curabilité des tuberculoses circonscrites. ROHMER.

Ueber zwei Fälle von radiöser Einreissung..... (Deux cas de déchirures rayonnées de l'iris, diagnostic et étiologie), par BOERMA (*Klin. Monatsbl. f. Augen.*, *novembre* 1893).

L'auteur cherche à démontrer que la déchirure de l'iris suivant le rayon, est due à la pénétration d'un corps étranger pointu, suivant la direction même des fibres de l'iris ; cette membrane perforée, le cristallin lui-même peut être luxé par déchirure de la zonule. Les considérations théoriques qui accompagnent cette démonstration permettent de mettre en doute sa réalisation dans la pratique, au moins dans la plupart des cas. ROHMER.

L'extraction de la cataracte sans iridectomie sur l'œil atropinisé, par MUTERMILCH (*Ann. d'oculist.*, *CX*, *août* 1893).

Pour l'auteur, le prolapsus de l'iris se produit, dans l'extraction sans iridectomie, grâce à une diminution singulière de l'élasticité et un affaiblissement de la contractilité de cette membrane ; d'après lui aussi l'iris étant saturé d'atropine, serait rendu plus élastique et susceptible d'opposer une résistance plus grande aux influences extérieures fâcheuses (toux, efforts, etc.). Il faut atropiniser l'œil pendant quelques jours précédant l'opération pour obtenir l'effet le plus sûr. A peine la cornée incisée et l'humeur aqueuse écoulée, on verrait la pupille se rétrécir, ou rester telle jusqu'à la fermeture de la plaie ; car le rétrécissement de la pupille, d'après l'auteur, marche de pair avec la diminution intraoculaire. Sur six malades, il n'y a pas eu une seule hernie de l'iris

ROHMER.

Angulärer Aequatorialstar (Cataracte angulaire équatoriale), par WINTERSTEINER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., septembre* 1893).

Schröder a décrit sous ce nom, en 1872, une forme de cataracte, siégeant exclusivement sur l'équateur de la lentille, et formée par deux branches, dont une est située dans les couches antérieures, l'autre dans les couches postérieures du cristallin, et qui se rencontrent au niveau de l'équateur en formant un angle. Cette forme de cataracte serait en rapport avec une anomalie de développement. Au microscope, de même que dans les cataractes hypermûres, on trouve dans la cataracte équatoriale angulaire, des fibres dissociées, des boules, des masses moléculaires, et des grains calcaires. ROHMER.

Ueber Schichtstar bei älteren Menschen (La cataracte zonulaire chez les vieillards), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. Augenheilk., août* 1893).

La cataracte zonulaire est due surtout à une maladie du cristallin en voie de formation ; c'est elle que l'on rencontre le plus souvent chez les enfants et les jeunes gens, tandis que dans dans un âge plus avancé on trouve surtout la cataracte totale. D'après de Wecker, la cataracte zonulaire n'existerait plus après 40 ans, et alors elle se transformerait en opacité totale de la lentille. Cette opinion peut s'expliquer de trois façons : 1° Les malades atteints de cataracte zonulaire meurent jeunes ; 2° la cataracte zonulaire se transforme dans le cours de la vie ; 3° la cataracte zonulaire persiste, mais est difficile à diagnostiquer chez les vieillards. Hirschberg n'admet pas la première opinion. Quant à la transformation en cataracte totale, elle serait, d'après lui, fréquente ; enfin, quand une cataracte zonulaire se transforme, c'est qu'on la prend souvent pour une cataracte sénile incomplètement mûre. ROHMER.

Beitrag zur Casuistik des Exophthalmus traumaticus, nebst Bemerkungen ueber die Pathogenese desselben (Contribution à l'étude de l'exophtalmie traumatique avec remarques sur la pathogénie de la lésion), par SCHAPRINGER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., septembre* 1893).

A propos d'un cas de luxation traumatique du globe que l'auteur a eu occasion d'observer, il cite, entre autres, le cas de Smetius (1575), dans lequel l'œil fut luxé dans la fosse nasale à travers une déchirure des parties molles et des os du nez : on crut que l'œil était resté accroché après le piquet sur lequel le blessé était tombé, lorsqu'après guérison de la plaie, l'individu s'aperçut qu'il pouvait voir par sa narine et distinguer assez bien certains objets; en recherchant bien, on trouva le globe de l'œil enclavé dans la narine. Scharzschild cite le fait d'un cocher qui, à la suite d'une chute sur le sourcil gauche, vit son œil droit s'enfoncer de 6 millimètres dans l'orbite, puis faire saillie de 6 millimètres lorsqu'il penchait la tête en avant ; l'œil avait donc d'arrière en avant une excursion de 12 millimètres.

L'auteur, à son tour, cite deux autres cas, dans lesquels le globe de l'œil était rétracté au fond de l'orbite. Ces faits peuvent être expliqués par une atrophie nerveuse du tissu cellulaire de l'orbite. ROHMER.

Colobome symétrique des deux cristallins, par CHIBRET (*Revue gén. d'opht.*, *novembre* 1893).

Chez un garçon de 15 ans, on voit, au miroir plan, que les deux pupilles sont transversalement et symétriquement partagées en deux parties à peu près égales par une ligne courbe et ombrée à convexité inféro-interne. Au-dessous de cette ligne il y a aphakie, au-dessus le cristallin existe. $V = \frac{1}{10}$ avec un verre + 12 D on a $V = \frac{1}{4}$; avec + 20 D, les petits caractères sont lus facilement. Après dilatation par l'atropine, on constate par l'éclairage oblique et par l'éclairage direct au miroir plan que le cristallin est échancré dans toute son épaisseur et dans toute sa largeur, tandis que le bord du cristallin se trouve partout, sauf à l'endroit de l'échancrure, en position normale. La surface de l'échancrure est mamelonnée, ondulée, et, à un fort grossissement, on constate l'absence d'opacité du cristallin, soit sur cette surface, soit dans le reste du cristallin. Toutefois, la surface échancrée paraît opaque à l'éclairage direct par suite de la réflection très irrégulière de la lumière sur cette surface ondulée. Rien d'anormal au fond de l'œil. ROHMER.

Du glaucome syphilitique, par SAMELSOHN (*Congrès franç. d'opht.*, 1893).

L'auteur pense que la syphilis peut, chez certains sujets, déterminer des accidents de glaucome en engendrant directement une artério-sclérose des vaisseaux du tractus uvéal. L'iridectomie alors agit sur l'élément mécanique de la maladie, mais il faut recourir à la thérapeutique générale pour obtenir une guérison complète. Galezowski, Coppez, Gillet de Grandmont ont cité aussi des cas de glaucome, contre lesquels l'iridectomie a été impuissante et qui ont guéri sous l'influence du traitement mercuriel. ROHMER.

La sclériritomie et le traitement du glaucome, par NICATI (*Ann. d'oculist.*, *CX*, *septembre* 1893).

Rappelant ses travaux antérieurs sur la question, qui lui donnent la priorité sur celui que Knies a publié au dernier congrès d'ophtalmologie de Heidelberg, l'auteur fait observer combien les résultats de cette opération sont surtout favorables dans le traitement du staphylome cornéen consécutif aux nécroses de la cornée et surtout dans le traitement préventif de cette affection. Incision large de trois à quatre millimètres faite en ponctionnant la conjonctive, la sclérotique et l'iris avec le couteau lancéolaire droit (ou sclérotome de Wecker), dirigé vers le centre de l'œil ; plisser la conjonctive pour que cette membrane recouvre ensuite l'ouverture de la sclérotique. L'opération doit être renouvelée si la tension vient à réapparaître, soit généralement plusieurs fois à quelques semaines d'intervalle. Les résultats sont médiocres dans le glaucome ordinaire. ROHMER.

Ueber erbliches Glaukom (Du glaucome héréditaire), par SOMYA (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, *novembre* 1893).

Un individu âgé de 53 ans, de parents sains, marié trois fois, eut d'un pre-

mier lit, deux enfants, un fils à yeux normaux, et une fille glaucomateuse ; pas d'enfant du second mariage ; de la troisième femme sont nés deux enfants tous deux atteints de glaucome, mais dont l'un, en plus, a une myopie et une cataracte. Chez ces trois enfants, le glaucome s'est developpé dans le jeune âge, affecta la forme chronique, et plus tard même inflammatoire. Pour expliquer cette hérédité, il faut admettre avec Schmidt-Rimpler, une disposition héréditaire locale (telle qu'une rigidité de la sclérotique, une irritation des nerfs sécréteurs, l'artériosclérose, etc.), ou bien une cause résidant dans l'état général, qui, par l'action des centres vaso-moteurs favorise l'augmentation de tension intra-oculaire. On voit donc que, dans cette question, la théorie et les hypothèses ont beau jeu et peuvent encore se multiplier.

ROHMER.

Hémorragie intraoculaire dans un cas de glaucome absolu, simulant une tumeur par MELLINGER (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, *octobre* 1893).

Chez une femme de 66 ans, atteinte de glaucome, la cornée se perfora, et laissa écouler un liquide sanguinolent ; on pensa à une tumeur intra-oculaire. A l'autopsie de l'œil énucléé on ne trouva qu'un énorme caillot remplissant la chambre postérieure du globe ; complication rare dans le glaucome. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans ce cas, ce sont les symptômes anormaux ayant fait penser à une tumeur ; généralement la diminution de tension par perforation, soit opératoire, soit spontanée, peut amener dans le glaucome une hémorragie ; dans le cas de Mellinger, l'œil était dur, malgré l'ouverture cornéenne ; le prolapsus de l'iris dans la plaie cornéenne empêcha l'écoulement du sang à l'extérieur. ROHMER.

Ein Fall von acuter exsudativen Chorioretinitis centralis), par SCHEINDEMANN (*Centralbl. f. Augenheilk.*, *septembre* 1893).

Chez un individu de 17 ans survint sans cause connue une chorio-rétinite maculaire très étendue; des frictions mercurielles généralisées ne donnèrent aucun résultat. On employa alors les injections sous-conjonctivales d'Abadie-Darier avec une solution de sublimé à 1/5000. Après 8 injections, les limites du champ visuel étaient redevenues normales des deux côtés. Il y avait des scotomes absolus, surtout à gauche, mais ce dernier diminua encore par la suite. Ces défectuosités du champ visuel ne gênent nullement le malade.

ROHMER.

Pseudo-rétinite pigmentaire, par GERMAIX (*Ann. d'oculist.*, *CX*, *octobre* 1893).

Survenue chez un enfant de 11 ans, brusquement pendant la variole avec champ visuel réduit en secteur, puis amélioration obtenue ; l'héméralopie était à peine accusée. Les papilles sont un peu pâlies, les vaisseaux grêles. Corpuscules étoilés, abondants vers les parties périphériques de la rétine. La pigmentation ne paraît pas plus prononcée dans la partie répondant au secteur.

D'après Dianoux, les anomalies de la rétinite pigmentaire peuvent être classées sous trois chefs : *a*) Rétinite pigmentaire classique, mais avec relèvement de l'acuité stationnaire, *b*) scotome annulaire laissant libre aussi bien la périphérie de la rétine que sa macula ; pigmentation dans la zone affectée ; *c*) scotome central ; pas d'héméralopie, pigmentation localisée à la région maculaire. Germaix n'admet pas ces deux dernières variétés, et pense que son cas de pseudo-rétinite pigmentaire doit être interprété comme chorio-rétinite septique, variolique. ROHMER.

Cancer métastatique de la choroïde, par BOUQUET (*Thèse de Paris*, 1893).

Il s'agit là d'un entité morbide bien définie qui se traduit par l'apparition, au pôle postérieur de l'œil, d'une tumeur grisâtre aplatie, irrégulière à sa surface, et dont les bords se confondent avec les parties voisines saines. Le globe, à tonus abaissé, ne présente guère d'autre réaction. Comme lésion primitive, il faut surtout compter le carcinome du sein, puis, plus rarement, ceux du foie, du poumon et de l'estomac. La métastase se fait par la voie sanguine sous forme d'embolies. Lorsque les deux yeux sont atteints, il faut plutôt invoquer la diathèse, et non l'embolie. La mort survient généralement de trois mois à un an après l'apparition des premiers troubles oculaires. Toute intervention chirurgicale est contre-indiquée. Enfin, il y a lieu de se demander si dans bien des cas de tumeur de l'œil, réputée primitive et suivie d'une généralisation rapide dans l'organisme, il ne serait pas plus rationnel d'admettre l'origine métastatique du néoplasme oculaire. ROHMER.

De certaines paralysies récidivantes de la troisième paire (**migraine ophtalmoplégique de Charcot**), **par DARQUIER** (*Thèse de Paris*, 1893).

L'auteur a pu recueillir 27 observations de cette maladie non décrite dans les classiques ; dans toutes ces observations on voit se produire des paralysies oculaires, portant sur la troisième paire, sans que les membres, ni les autres nerfs crâniens (sauf quelques exceptions) participent à la paralysie. Ces phénomènes s'accompagnent de douleurs et de vomissements ; puis, après une durée variable, tout rentre dans l'ordre, jusqu'à ce qu'un nouvel accès semblable au précédent, vienne troubler l'état de santé du malade. Le pronostic est bénin, puisqu'on ne trouve que 3 cas de mort sur 27 cas rapportés et qu'au moins deux d'entre eux ne peuvent être imputés à la seule affection nerveuse. L'anatomie pathologique de la maladie est, pour ainsi dire, inconnue. Au point de vue pathogénique, il faut très probablement admettre une origine basale que les autopsies semblent confirmer. La périodicité s'expliquerait par des troubles circulatoires passagers. Le traitement est purement symptomatique. ROHMER.

La déviation secondaire de la fausse projection dans la paralysie des muscles oculaires, par LANDOLT (*Soc. franç. d'opht.*, *mai* 1893).

Le champ de fixation binoculaire d'un malade atteint de paralysie musculaire est infiniment moins étendu que ne le ferait supposer la comparaison du champ d'excursion des deux yeux. Ainsi, dans un cas de parésie du droit externe qui n'avait donné lieu qu'à une limitation de 16 degrés du champ de regard de l'œil affecté, l'étendue du champ binoculaire avait perdu au moins 78 degrés. De là le trouble considérable qui résulte d'une parésie même modérée pour un individu jouissant de la vision binoculaire. La fausse projection présente la même modification angulaire que l'excès de déviation qui distingue la déviation secondaire de la déviation primitive. Dans un cas, la déviation secondaire était de 4 degrés plus forte que la déviation primitive et, en fixant avec l'œil

atteint seul, le malade se trompait également de 4 degrés dans la direction du muscle parésié sur l'emplacement des objets qui l'entouraient.

ROHMER.

De l'action de l'antipyrine dans certaines formes d'atrophie du nerf optique, par DESGENÉTEZ (*Thèse de Paris*, 1893).

Travail inspiré par Valude qui pense que l'antipyrine en raison de son action vaso-dilatatrice périphérique peut avoir un effet favorable dans les formes d'atrophie optique qui relèvent d'une altération vasculaire du tissu connectif interstitiel, lequel constitue le stroma du nerf optique; l'antipyrine agirait donc dans les atrophies, suite des névrites ascendantes ou descendantes, exception faite pour l'atrophie grise tabétique et les atrophies par compression où la fibre nerveuse est primitivement dégénérée. Cette action se manifeste par une amélioration de la vision, surtout de la vision rapprochée et en particulier de la vision rapprochée des objets de petite dimension.

ROHMER.

Il trattamento elettrico nella atrofica tabetica del nervo ottico, par V. CAPRIATI (*La Riforma medica, p.* 2 *et* 14, 2-3 *octobre* 1893).

Le traitement électrique est indiqué dans l'atrophie tabétique du nerf optique toutes les fois que la maladie n'a pas une marche très rapide et n'est pas parvenue à une période très avancée. Arrêtant à un certain point l'évolution du processus morbide et agissant de préférence sur les fibres optiques encore intactes, il sera d'autant plus efficace qu'il sera mis en œuvre plus tôt. Il n'y a pas encore d'expériences de contrôle qui permettent d'affirmer si l'électricité employée suivant d'autres règles (transversalement aux tempes ou longitudinalement des yeux à la nuque ou sur le sympathique au cou, etc.) donne les mêmes résultats que par la méthode de Weiss. En tous cas, celle-ci, tendant à faire passer le courant le long du nerf dans le sens de son trajet normal, semble plus rationnelle.

GEORGES THIBIERGE.

Ein Fall von geheilter doppelseitiger acuten peripherer Sehnervenentzündung (Guérison d'un cas de névrite aiguë périphérique double), par LANDAU (*Centralbl. f. Augenheilk.*, *septembre* 1893).

Chez une femme de 26 ans survient en 15 jours une névrite double, tellement rapide, qu'à droite, les doigts ne peuvent être comptés qu'à la périphérie, et à gauche, $V = 1/5$. On administre des frictions mercurielles, de l'iodure de potassium, du salicylate de soude, et des sudations; au bout d'un mois, l'œil droit, d'abord le plus malade, redevint le meilleur, tandis que le gauche, après avoir empiré, arriva finalement à obtenir une acuité visuelle meilleure que son congénère.

ROHMER.

Optic neuritis, blindness, deafness and the knee jerk in cerebellar diseases (Névrite optique, cécité, surdité et réflexe rotulien dans les maladies du cervelet), par DERCUM (*New York med. journ.*, 12 *août* 1893).

La névrite optique peut être très accentuée, sans que cependant il existe de trouble marqué de la vision : aussi la cécité ajoutée à la névrite

optique lui donne-t-elle une signification spéciale : la névrite optique existe dans presque toutes les affections cérébelleuses.

La proximité des corps quadrijumeaux permet jusqu'à un certain point d'expliquer la cécité qui vient compliquer la névrite. En effet, si une tumeur située dans le procès vermiforme, surtout en avant, continue à s'accroître, tôt ou tard elle comprimera les pédoncules cérébelleux supérieurs, et très probablement les corps quadrijumeaux eux-mêmes ; étant donné le trajet des fibres optiques, on comprend aisément la névrite et aussi progressivement la cécité.

La surdité peut être expliquée par un même mécanisme, si on admet avec Spitzka, Monakow que les tubercules quadrijumeaux postérieurs sont, avec les fibres auditives, en mêmes relations que les corps quadrijumeaux antérieurs avec les fibres optiques.

Il semble exact de dire que la perte du reflexe rotulien est due à la perte du tonus musculaire. Les lésions du cervelet agissent comme toutes les autres lésions, par destruction ou par excitation, ce qui explique que le réflexe est tantôt exagéré, tantôt aboli.

Putnam a observé un cas d'atrophie optique durant deux ans, sans aucun autre symptôme : à l'autopsie on trouva un kyste et une tumeur du cervelet.

Knapp, dans tous ses cas, a noté la névrite ou l'atrophie optique : il admet que la compression des tubercules quadrijumeaux entraîne la cécité, mais jamais il n'a noté de surdité. Il ne croit pas qu'on puisse soutenir que les affections du lobe moyen du cervelet soient la cause de la démarche ataxique.

Leszynsky admet que la méningite basale concomitante joue un rôle étiologique dans la névrite optique.

Dercum, chez tous ses malades, a observé de la névrite à un haut degré ; pour lui, cette névrite n'est pas due à la compression, mais dépend surtout du siège de la tumeur.

La névrite optique, la cécité et la surdité réunies indiquent la compression du mésencéphale. La *variabilité* des troubles du réflexe rotulien serait un symptôme presque pathognomonique d'une affection cérébelleuse. MAUBRAC.

Ueber Gliome der Retinæ, par THIEME (*Graefe's Arch., XXXIX*, 2).

Les 3 cas rapportés par l'auteur ont ceci de particulier, qu'au début, leur diagnostic fut extrêmement difficile, la symptomatologie ressemblant surtout à celle de l'irido-cyclite, avec hémorragies dans le vitreum, et augmentation de tension du globe ; ces hémorragies se seraient très probablement développées à la suite de traumatismes subis par les yeux déjà malades. ROHMER.

A propos de la syphilis oculaire et de son traitement, par CHIBRET (*Ann. d'oculist., CX, juillet* 1893).

Chibret trouve que les injections de cyanure de mercure agissent quinze fois plus rapidement que les frictions; l'adjonction de l'iodure de potassium au mercure, soit en frictions, soit en injections, recule l'amélioration. Les injections sous-conjonctivales et dans les tissus

donnent des résultats inouïs dans la kératite, nuls dans l'iritis, alors que les deux affections procèdent d'une même origine syphilitique. Les seuls inconvénients de ces injections sont : d'exiger la présence du malade auprès du médecin et de provoquer une certaine douleur généralement assez supportable. L'iodure de potassium n'a pas de valeur spécifique sur la syphilis. Il facilite l'élimination du mercure, combat efficacement l'empoisonnement chronique. Son adjonction aux traitements mercuriels en diminue les effets spécifiques. ROHMER.

Theilweise Pigmentirung der Vorderfläche des Augapfels (Pigmentation partielle de la surface antérieure de l'œil consécutive à un traumatisme), par CASPAR (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, *novembre* 1893).

Un individu de 41 ans reçoit une contusion du globe à la suite de laquelle toute la moitié interne de la conjonctive interne se colora en gris-noirâtre ; ce phénomène apparut en deux jours et resta permanent. Déjà, 16 ans auparavant, un premier accident avait amené une perforation du bord scléro-cornéen à travers lequel l'iris s'était hernié, puis avait été recouvert par la conjonctive. Pour expliquer la pigmentation récente, l'auteur admet que la contusion actuelle a dû rompre l'ancienne cicatrice cornéenne, et que l'humeur aqueuse est venue s'infiltrer sous la conjonctive entraînant avec elle le pigment irien. La fermeture de la plaie a seule arrêté la pigmentation plus considérable de la partie antérieure du globe, laquelle s'étendait à toute la moitié interne. ROHMER.

Amblyopie grave d'origine dentaire, par DESPAGNET (*Ann. d'oculist.*, *CX*, *août* 1893).

Chez une femme de 24 ans, dont l'œil droit avait été énucléé trois mois auparavant à cause d'un néoplasme intra-oculaire, se déclarent subitement des troubles de la vue, avec douleurs de tête violentes et continues, fièvre, mydriase moyenne, faible réaction lumineuse, tendance très légère à la convergence; les milieux de l'œil sont transparents, les veines papillaires sont fortement dilatées, variqueuses, les bords de la papille sont légèrement nuageux. V = 1/20. Champ visuel rétréci concentriquement, faculté chromatique totalement abolie. Ne trouvant aucune cause plausible à cet état de l'œil, on se rejeta sur la seconde prémolaire supérieure gauche qui était cariée. On fait l'avulsion de la dent, et de son alvéole s'écoule un peu de pus; l'acuité visuelle se relève à 3/10; les autres phénomènes persistent jusqu'après l'enlèvement d'un séquestre; à partir de ce moment, tous les accidents oculaires disparaissent rapidement, et il ne reste qu'une petite zone d'atrophie papillaire. ROHMER.

Sur vingt-trois cas de tumeurs de l'œil, principalement mélanotiques, par LYDER BORTHEN (*Norsk Magazin*, *janvier* 1893).

En Norvège on a publié jusqu'à présent 23 cas de tumeurs bulbaires mélanotiques, dont quatre personnels à l'auteur. Le nombre des observations dépouillées étant de 45,000, cela fait une fréquence de 0,047 0/0. Il y a, sur les 23 cas, 9 hommes, 13 femmes, dans un cas sexe inconnu.

L'âge a varié entre 1 an 1/2 et 7 ans, puis entre 32 ans et 73 ans. 8 cas sont extra-(épi-)bulbaires, 5 intra-bulbaires, 10 cas sont mixtes. Les dimensions, la forme, la couleur et la consistance des tumeurs sont

fort variables. Les causes ne sont connues que dans 6 cas, dans lesquels on a noté des traumatismes ou une action chimique. Après l'opération, il n'y a pas eu de récidive pendant 8 ans 1/2 dans 12 cas ; il y a eu récidive, après un intervalle maximum de 2 ans 1/2, dans 7 cas. Là où il n'y avait pas de récidive, il y a eu métastase dans 4 cas. Il n'y a pas eu ni récidive ni métastase dans 7 cas. La mortalité a été de 11 sur 19 cas poursuivis à ce point de vue. H. FRENKEL.

Tumeur mélanique de l'orbite; caractères différentiels des tumeurs mélaniques, par LAGRANGE (de Bordeaux) (*Soc. franç d'opht.*, *mai* 1893).

L'examen histologique d'un mélanome orbitaire a établi que le pigment est d'origine purement hématique ; l'objectif à immersion a montré un grand nombre de globules rouges sortis par diapédèse des vaisseaux, infiltrés entre les cellules et ayant même quelquefois pénétré dans l'intérieur de celles-ci. La réaction de Perls, en donnant une coloration bleue, montra d'autre part que l'origine du pigment était bien hématique, puisque cette réaction caractérise les sels de fer. Le pigment uvéal choroïdien ne donne pas cette réaction : c'est là un moyen de distinguer les deux variétés de pigments dans les tumeurs mélaniques vraies. Les tumeurs mélaniques d'origine hématique, qui sont surtout celles de la paupière, de la conjonctive et de l'orbite, sont beaucoup moins malignes que celles qui sont primitivement développées dans la cavité oculaire. Les tumeurs mélaniques orbitaires sont beaucoup moins graves que les tumeurs mélaniques choroïdiennes ayant secondairement envahi le tissu périoculaire. ROHMER.

Erfahrungen über Augencysticerken in Boehmen (**Remarques sur les cysticerques de l'œil en Bohême**), **par MITVALSKY** (*Centralbl. f. Augenheilk.*, *juillet et août* 1893).

Parmi les cas qu'il a pu examiner lui-même ou qui lui ont été communiqués par d'autres, l'auteur a trouvé souvent deux vésicules, mais ne renfermant qu'un seul entozoaire. Sattler et Dufour ont cependant trouvé deux animalcules en pareil cas. Dans les yeux de porcs on trouverait souvent plusieurs cysticerques à la fois. Une particularité de ces cas, c'est qu'ils produisent une enveloppe assez épaisse qui, finalement provoque la suppuration ; l'auteur n'a rencontré de pus, dans les cas qu'il a eu occasion d'examiner, que dans les couches les plus internes de la poche. ROHMER.

Ténonite partielle suppurée due à un cysticerque. Ténonite expérimentale, par SGROSSO (*Rev. gén. d'opht.*, *août* 1893).

Il existe actuellement 19 cas de ténonite suppurative partielle, causée par un cysticerque; dans le cas de l'auteur, il s'agit d'une dame âgée de 40 ans, rhumatisante, qui fut prise de ténonite limitée ; la petite tumeur sous-conjonctivale incisée laissa échapper un pus tirant sur le jaune, et une membrane blanchâtre homogène; l'examen microscopique fit découvrir dans ce pus trois crochets mandibulaires, ainsi que les restes de la vésicule caudale toute seule avec quelques anneaux du cou, mais

sans la tête de l'animal ; dans les selles, on n'avait pas non plus découvert d'anneaux.

Voulant se rendre compte des causes de la suppuration en pareil cas, l'auteur introduisit dans les deux cavités ténoniennes d'un lapin un petit morceau de sureau parfaitement aseptique qui fut très bien supporté pendant 20 jours. Au contraire, l'injection d'une goutte de térébentine amena au bout de six heures une forte réaction qui aboutit à une inflammation suppurative. Sgrosso en conclut que le processus provoqué par le cysticerque doit être attribué, comme le veut Leber, à des agents chimiques représentés par les produits de sécrétion et d'excrétion du ver. ROHMER.

Beitrag zur Kenntniss der Wirkungen..... (Action du bromhydrate de scopolamine), par ILLIG (*Münch. med. Woch., n° 33, p.* 617, 1893).

L'alcaloïde du Scopolia atropoïdes agit à la façon de l'atropine. En solution faible, son action mydriatique est plus rapide ; en solution forte, la mydriase scopolamique est peut-être plus forte, mais la durée en est notablement moindre. L'emploi de cet alcaloïde est donc tout indiqué dans les cas où il s'agit d'avoir une mydriase de courte durée et dans ceux où il existe de l'intolérance pour l'atropine. Il est utile encore dans les cas où on ne peut utiliser l'atropine à cause de son action sur la pression intra-oculaire qu'elle augmente. (Voy. *R. S. M.*, XLII, 693.)

C. LUZET.

Die in der Augenkranken-Abtheilung der Charité gebraüchlichen Verbände (Les pansements employés à la clinique ophtalmologique de la Charité), par BURCHARDT (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., septembre* 1893).

L'auteur préfère encore l'antisepsie à l'asepsie. Pour les lavages de l'œil et de son voisinage, il emploie l'eau chlorée à 5 0/0, sans douleur pour les malades ; dans un litre de cette solution, il ajoute 0,7 d'acide salicylique, 1,5 de chloral hydraté, et 30 d'acide boriquée. Dans cette solution, on trempe des tampons d'ouate boriquée qui servent aux lavages des paupières, de la face et de l'œil ; le bord des paupières est particulièrement soigné étant riche en bactéries infectieuses. Pour les instruments, on emploie une solution de solveol à 60, et de lysol à 0,1 dans un litre d'eau. Après l'opération, on lave encore une fois les culs-de-sac avec la solution chlorée chaude. Le pansement consiste dans un tampon d'ouate humide, recouvert d'un tampon sec qui est maintenu sur tout son pourtour avec du collodion de Bardeleben (collodion 100 p., térébenthine ricinée 3 p.) Ce pansement a l'avantage de ne pouvoir être soulevé par les malades sans qu'on s'en aperçoive ; il peut rester en place au moins 2 à 3 jours, et peut être recollé s'il se détache en partie. Les bandes sont supprimées, ce qui est très apprécié par les malades. En cas de kératite infectieuse, on saupoudre les culs-de-sac d'iodoforme, et on applique le pansement humide ci-dessus mentionné. En remplacement des compresses chaudes, on emploie des tampons d'ouate trempés dans une solution de camomille additionnée d'eau salicylée à 0,2 0/0.

ROHMER.

I. — Les injections séquardiennes en thérapeutique oculaire, par DE WECKER (*Ann. d'ocul.*, *CX*, *novembre* 1893).

II. — De l'emploi des injections d'extrait organique dans le traitement de différentes formes d'atrophie du nerf optique, par DE BOURGON ((*Ibidem*, *novembre* 1893).

I. — L'auteur a essayé les injections de liquide testiculaire chez un très grand nombre de malades atteints d'atrophie grise, d'atrophie centrale et de névrite rétrobulbaire, le résultat fut toujours négatif. Seul, un cas de névrite rétrobulbaire *post influenzam*, fut amélioré ; mais on sait que ces lésions peuvent guérir spontanément. Malgré ces insuccès, de Wecker ne rejette pas de parti pris ces injections ; tous les milliers d'injections faites chez les malades ont démontré leur absolue innocuité et leur parfaite tolérance. En second lieu, on relève ainsi les forces des malades, on les tonifie et on agit favorablement sur leur moral et surtout chez les ataxiques dont les oreilles ont été promptement frappées par le bruit de guérisons que l'on soutient avoir obtenues grâce à la méthode séquardienne ; actuellement de Wecker ne se borne plus à l'usage exclusif de cette méthode, ainsi qu'il le faisait tout d'abord dans un but d'expérimentation.

II. — L'auteur a expérimenté la méthode dans 4 cas d'atrophie, l'une blanche d'origine cérébrale, l'autre tabétique, la troisième due probablement à une néoformation cérébrale, enfin, chez la quatrième malade, il s'agissait d'une atrophie blanche chez une diabétique ou d'atrophie blanche diabétique ; dans les quatre cas, l'insuccès a été complet, et pourtant l'un des sujets était un diabétique indiscutable.

Accessoirement, l'auteur fait remarquer, que dans les deux cas où l'on en fait usage, les injections d'antipyrine déjà préconisées par Valude ont paru donner de meilleurs résultats que tous les autres traitements employés. ROHMER.

Ueber die Haüfigkeit der Starbildung in den verschiedenen Lebensaltern (**Fréquence de la cataracte dans les différents âges**), **par NEUBURGER.** (*Centralb. f. Augenheilk.*, *sept.* 1893.)

La cataracte spontanée, abstraction faite des cataractes traumatiques et compliquées, apparaît le plus rarement pendant l'âge moyen de la vie ; viennent ensuite les enfants et les jeunes gens, puis la fréquence s'accentue vers 50 ans, pour diminuer après 70 et 80 ans. ROHMER.

Mikrophakie und deren klinische Bedentung (**La microphakie et sa signification clinique**), **par MITVALSKY.** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *sept.* 1893.)

La microphakie prédispose à la luxation du cristallin, grâce au relâchement de la zonule de Zim ; de plus, l'iris n'étant plus soutenue par la lentille trop petite, l'œil est prédisposé au décollement de la rétine.

ROHMER.

Troubles de l'appareil de la vision dans la maladie de Parkinson, par KŒNIG. (*C. R. de la Société de Biologie*, 27 *mai* 1893.)

Aux symptômes déjà connus : fixité du regard, latéropulsion oculaire, il convient d'ajouter le tremblement à rythme régulier des paupières supérieures pendant l'occlusion des yeux ; le déplacement des yeux en haut et en bas pendant la lecture ; le spasme de l'accommodation, les troubles des mouvements associés ; le nystagmus et, à titre exceptionnel, l'amblyopie et l'amaurose transitoire, l'atrophie des nerfs optiques.

DASTRE.

Etude sur le chancre syphilitique des paupières, par AUMONT. (*Thèse de Paris*, 1893.)

Le chancre palpébral n'est pas aussi rare qu'on l'a dit. Les observations en deviennent d'autant plus fréquentes que l'affection est mieux connue. Il est rarement de cause vénérienne ; il est souvent professionnel (médecin, sage-femme, nourrice, etc.). C'est presque toujours par des plaques muqueuses buccales que se fait la contamination, lorsque, du moins, on peut retrouver sa cause, car c'est l'exception. Il siège principalement au grand angle de l'œil ou sur le bord libre des paupières. Il se reconnaît à ses caractères propres et à son adénopathie caractéristique concomittante (parotidienne, sous-maxillaire, pré-massétérine). Lorsqu'il n'est pas irrité, il guérit presque toujours sans laisser de trace. Le diagnostic est en général facile, il suffit d'y penser et d'en rechercher avec soin les signes. Son pronostic, pas plus que celui des autres chancres céphaliques, ne semble pas par lui-même présenter une gravité plus grande que les chancres génitaux. Quant au traitement, il consistera à n'employer que des pansements propres et non irritants ; on devra prescrire la cautérisation. Jamais il ne faudra oublier la prophylaxie pour l'entourage du malade et le traitement antisyphilitique pour le malade lui-même.

ROHMER.

Recherches cliniques sur les paralysies des muscles de l'œil, par MELLO VIANNA. (*Thèse de Paris*, 1893.)

Sur plusieurs points concernant cette question l'accord est loin d'être fait, et si le problème anatomo-pathologique n'a pas encore reçu une solution définitive, malgré l'importance de nos connaissances actuelles, il reste même au point de vue clinique bien des points à éclaircir. Les uns, par exemple, font intervenir la syphilis comme élément étiologique dans tous les cas, et ils admettent cette cause même quand le malade nie l'infection de la façon la plus formelle. D'autres prétendent que la paralysie d'origine nucléaire est assez rarement causée par la syphilis. L'influence du rhumatisme dans la production des troubles paralytiques oculaires a été aussi exagérée par certains auteurs. Ces questions de pratique sont difficiles et complexes ; elles intéressent aussi bien le

médecin général que l'ophtalmologiste et le neuro-pathologiste. Sans avoir la prétention de les résoudre, l'auteur, après avoir, dans la première partie de son travail, exposé l'anatomie des nerfs moteurs de l'œil, s'occupe ensuite des paralysies oculo-motrices au point de vue des symptômes de l'étiologie, du diagnostic et des formes cliniques. Il ajoute enfin quelques mots sur le pronostic et le traitement. ROHMER.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES

Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, par MOURE (2e *édition*, *Paris*, 1893).

Cette deuxième édition du manuel de Moure constitue en réalité une œuvre presque nouvelle par les additions nombreuses qui ont été apportées. L'étude des maladies des fosses nasales a pris, sous l'impulsion des spécialistes de tous pays, une grande extension et l'auteur a judicieusement résumé d'après ces données et d'après ses recherches personnelles, les progrès de cette branche de la pathologie. Citons parmi les chapitres nouveaux, l'hydrorrée nasale, la rhinite fibrineuse, la rhinite caséeuse, le lupus, la morve et toute la partie consacrée aux lésions des cavités accessoires du nez. Malgré ces additions et l'extension données au texte, M. a conservé à son ouvrage le caractère du manuel essentiellement pratique ; beaucoup de faits, d'indications et de renseignements et pas de hors-d'œuvre. A. CARTAZ.

Contribution à l'étude de l'hydrorrhée nasale, par L. LICHTWITZ (*Arch. clin. de Bordeaux*, *décembre* 1892).

Femme de 51 ans, névropathe, souffrant depuis 29 ans de céphalées, pesanteur dans le front, la racine du nez avec accès plus ou moins fréquents d'écoulement profus par le nez de liquide aqueux, éternuments, larmoiement, photophobie donnant l'apparence de la rhinite vaso-motrice hyperesthésique. Depuis ces dernières années les douleurs se sont accentuées du côté de la racine du nez ; elle se plaint de point douloureux à la tête, de démangeaisons sur le corps ; bref tous les signes de l'hystérie ; il y eut même des accidents convulsifs et syncopaux. L. croyant à une lésion du sinus frontal, fait à quelques jours de distance deux ponctions qui ne ramènent que du sang. Soulagement temporaire, puis retour des douleurs et des écoulements. Au bout d'un an disparition presque complète des troubles du nez et des manifestations neurasthéniques. A. C.

Rhinitis œdematosa, par MULHALL (*New York med. j*,. *p.* 432, 14 *octobre* 1893).

Sous ce nom, Mulhall décrit une infiltration séreuse du tissu conjonctif recouvrant les cornets inférieur et moyen. Cet œdème est variable comme étendue : limité à la partie postérieure du cornet moyen, il a pu

simuler un kyste, et déterminer de la douleur, du larmoiement, et un écoulement séreux ; il est aussi très migrateur, apparaissant, disparaissant d'un jour à l'autre.

Lorsque cet œdème est limité à une aire de faible étendue, il ressemble à du myxome; incisé au bistouri, il ne laisse écouler que peu de liquide, et l'incision se referme très rapidement.

Chez deux malades, l'œdème accompagnait l'asthme sans qu'il y eût cependant coïncidence entre les accès d'asthme et les troubles produits par la rhinite œdémateuse.

La cause de ce trouble vasculaire paraît purement nerveuse; peut-être les troubles digestifs, avec résorption de ptomaïnes intestinales, doivent-ils entrer en ligne étiologique.

Comme traitement, régime approprié, hydrothérapie, exercices physiques, massage, repos, sans qu'on puisse recommander aucun médicament.

Wright croit que le plus souvent la rhinite œdémateuse existe avec une rhinite chronique et une muqueuse épaissie.

Casselberry admet que l'asthme et la rhinite œdémateuse sont deux affections simultanées de la même paralysie vaso-motrice affectant à la fois les vaisseaux de la muqueuse nasale et ceux de la muqueuse bronchique. Dans un cas qu'il a observé les tissus œdématiés faisaient hors des narines une saillie de 1 centimètre à 1 centimètre et demi.

Glasgow (de St-Louis) a été frappé par la tuméfaction énorme et la pâleur de la membrane, et l'écoulement séreux, et il cite un malade atteint de névralgie faciale, chez lequel ces signes de la rhinite œdémateuse étaient très marqués ; il semble bien que dans ce cas, la cause ait été nerveuse.

Mulhall cherche à établir le diagnostic entre la rhinite œdémateuse, la rhinorrhée et l'épaississement chronique de la muqueuse.

MAUBRAC.

Eine wenig beachtete Ursache von Gastritis chronische (**Une cause peu connue de gastrite chronique et d'anémie** (pseudo-chlorose), par **HILDEBRAND** (*Therap. Monatsh., p.* 554, *n°* 11, *novembre* 1893).

Chez 100 malades (12 hommes et 88 femmes) H. trouva de la gastrite chronique avec ou sans dilatation, reconnaissant pour cause la blennorrée rétro-nasale. Chez des jeunes filles pseudo-chlorotiques le fer avait échoué. L'ozène est l'affection la plus nocive pour l'estomac. Les symptômes subjectifs sont : mauvaise bouche le matin, pyrosis, soif, pâleur de la face, amaigrissement, diminution de l'appétit, constipation, etc.

Le traitement nasal amène la guérison. PAUL TISSIER.

Weitere Beiträge zur Ozaena Frage (**Nouvelle contribution à la question de l'ozène**), par **GRÜNWALD** (*Münch. med. Wochens., n°s* 43 *et* 44, *p.* 809 *et* 831, 1893).

L'ozène est un complexus symptomatique, qui jusqu'à présent reste dépourvu d'unité étiologique et anatomo-pathologique. Souvent même il

est impossible d'en indiquer la cause. Souvent la cause de la formation de croûtes fétides, dans un nez à muqueuse atrophiée, est une affection grave des cavités avoisinant les fosses nasales ; mais souvent aussi l'ozène est dû à des maladies du tissu adénoïde s'accompagnant de croûtes en parties fétides, en partie non fétides. Quelquefois il faut incriminer la syphilis, les corps étrangers et aussi l'anneau lymphatique pharyngien, surtout chez les individus jeunes. Jusqu'ici rien ne démontre l'existence d'une rhinite atrophique primitive. Le plus souvent l'ozène n'est pas le résultat, mais la cause d'une dyscrasie générale se manifestant par un malaise général, des troubles digestifs, des tuméfactions ganglionnaires. La guérison spontanée de l'ozène est souvent due à ses relations avec la présence des végétations adénoïdes. C. LUZET.

Ueber Tuberculome der Nasenschleimhaut, par O. CHIARI (*Arch. f. Laryng. u. Rhinol.*, *I*, 2, *p.* 121).

L'auteur, après avoir rappelé les observations antérieures de tumeurs tuberculeuses du nez, en publie 6 cas nouveaux :

1° Garçon de 16 ans. Granulations et tumeurs des deux côtés de la cloison. Pas de lésions pulmonaires. A l'examen microscopique, tuberculose nasale ;

2° Fillette de 9 ans. Tumeur assez volumineuse sur le côté gauche de la cloison. Ablation et cautérisation. Récidive un peu plus tard. Nouvelle opération ; perforation de la cloison. Rien au poumon. La tumeur est de nature tuberculeuse, mais on n'a pas trouvé de bacilles ;

3° Homme de 42 ans. Granulations tuberculeuses sur la cloison ;

4° Fillette de 12 ans. Tumeur de la cloison à gauche, volume d'une noisette. Ablation, récidive à deux reprises, de tumeurs tuberculeuses ;

5° Médecin de 29 ans. Hémoptysie. Tumeur de la cloison à gauche. Ablation. Bacilles dans la tumeur ;

6° Homme de 40 ans. Obstruction par plusieurs tumeurs. Perforation de la cloison. Ablation. Nature tuberculeuse.

C. étudie ensuite le diagnostic différentiel, la pathogénie de ces tumeurs qu'il croit dues à l'infection de petites érosions de la cloison. Comme traitement l'ablation suivie de cautérisation. A. CARTAZ.

I. — Doppelseitige angeborne knoecherne Choanalstenose, par SUCHANNEK (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 7, *p.* 215, 1*er avril* 1892).

II. — Ueber angeborenen knöchernen Choanenverschluss, par HEMS (*Inaug. Diss. Marbourg*, 1893).

III. — Congenital occlusion of right nostril....., par E. MAYER (*New York eye and ear infirm. Reports*, *janvier* 1893).

IV. — Sur l'oblitération congénitale osseuse des choanes, par A. GOUGUENHEIM et L. HÉLARY (*Ann. mal de l'or.*, *janvier* 1894).

V. — Congenital occlusion of posterior naris, relieved by operation, par CRESWELL BABER (*Laryngol. Soc. of London*, 8 *novembre* 1893).

VI. — Occlusion of posterior naris, par DUNDAS GRANT (*Ibidem*, 13 *décembre* 1893).

I. — Suchannek publie le 25e cas d'occlusion congénitale osseuse des narines postérieures.

Garçon de 11 ans. Peu après la naissance, on remarqua qu'il ne pouvait respirer que la bouche ouverte. Il refusa obstinément le sein et fut élevé avec peine à la cuiller. Parole nasonnée. Impossibilité de se moucher. Anosmie complète avec conservation du goût. *Ouïe intacte*. Le voile palatin commence à 6 centimètres en arrière des incisives et sa longueur dépasse la normale. Fosses nasales larges, partie postérieure de la cloison déviée à gauche. Par la rhinoscopie antérieure, on n'aperçoit rien de la paroi pharyngienne postérieure ; on voit seulement qu'arrivé au niveau de l'extrémité postérieure du cornet inférieur un peu atrophique, le plancher des fosses nasales est convexe en haut et que là la narine postérieure se trouve oblitérée par un diaphragme, de consistance osseuse, revêtu de la muqueuse rougeâtre. La rhinoscopie postérieure montre des trompes normales et l'amygdale pharyngienne hypertrophiée. A quelques millimètres en avant de l'extrémité postérieure des narines internes est tendu un diaphragme rougeâtre s'étendant obliquement d'arrière en avant, de haut en bas et vers la cloison.

Après avoir enlevé l'amygdale pharyngienne, Suchannek perfora successivement à 15 jours de distance les deux diaphragmes osseux, avec un trocart. L'hémorragie fut assez forte. 8 jours plus tard, il commença la dilatation avec des cônes en caoutchouc durci, de forme appropriée, un peu concave en bas, longs de 7 à 8 centimètres et à grosse extrémité postérieure. L'enfant a appris à se les mettre lui-même. A plusieurs reprises, il fallut réprimer des bourgeons exubérants. Maintenant la respiration se fait bien, la bouche close, mais l'odorat n'est pas revenu.

(V. *R. S. M.*, IX, 700; XXXV, 695 et 697; XXXIX, 296.) J. B.

II. — Dans ce travail, l'auteur publie une observation d'occlusion de la narine droite de nature osseuse chez une fille de 14 ans ; cette occlusion était congénitale. Une tentative pour perforer le diaphragme avec le galvano-cautère fut sans résultat.

Dunn (*Virginia med. Monthly*, juillet 1893) a publié un cas de ce genre ; l'occlusion était osseuse et unilatérale.

III. — Occlusion congénitale de la narine droite par une ecchondrose de la cloison. La perforation fut faite au moyen d'un foret électrique.

IV. — Fillette de 15 ans, chétive, ayant le facies adénoïdien ; difficultés de respirer par le nez, troubles de l'ouïe à gauche. Présence de tumeurs adénoïdes. Oblitération osseuse de l'orifice postérieur de la narine gauche. A toujours été assez sourde de cette oreille. Odorat aboli à gauche. Ablation des tumeurs adénoïdes. Les tentatives pour perforer le disque osseux avec le galvano-cautère sont infructueuses. On le perce alors au moyen d'une vrille et l'orifice est agrandi, dans des séances ultérieures, par une série (30) de cautérisations galvaniques. Respiration nasale bien rétablie, ouïe très améliorée.

A propos de ce cas, les auteurs passent en revue les observations peu nombreuses publiées antérieurement, étudient la formation et la nature de ces occlusions, les symptômes engendrés par la lésion, variables d'intensité, on le comprend, suivant que la lésion est unie ou bilatérale, partielle ou complète.

V. — Enfant de 6 ans, impossibilité depuis la naissance, de respirer librement par le nez ; légère surdité. La narine gauche est libre, la droite est obstruée à la partie postérieure par une membrane déprimée, sans perforation. Tumeurs adénoïdes de faible volume. Après anesthésie, on constate

que l'obstacle est en partie membraneux, en partie osseux. Perforation, puis dégagement au ciseau et à la gouge et dilatation graduelle.

VI. — Femme de 27 ans, se plaignant de surdité depuis trois ans. Obstruction complète de la narine droite par du mucus épais. En arrière, membrane cicatricielle probablement congénitale. Perforation au bistouri, drain de caoutchouc. Guérison malgré une complication d'otite suppurée.

A. CARTAZ.

Ueber das Europhen in der Rhino-Otologie, par LIEVEN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 16, *p.* 387, 1893).

L'europhène est un antiseptique : il empêche le développement des bactéries du charbon dans l'agar, à 37°.

Lieven l'emploie à la suite des opérations sanglantes sur les fosses nasales; les tampons qui en sont enduits peuvent séjourner plusieurs jours sans dégager d'odeur.

La rhinite catarrhale des enfants est modifiée avantageusement par l'europhène, mais le médicament peut produire de l'eczéma à l'orifice des narines et à la lèvre supérieure.

Une pommade à 10 0/0 est utile dans la rhinite atrophiante simple.

Dans la rhinite atrophiante fétide (ozène) l'introduction journalière des tampons est indispensable si l'on veut supprimer l'odeur. Dès qu'on cesse la médication, la fétidité reparaît. Il n'y a donc là qu'une action palliative.

En solution faible, l'europhène peut rendre des services dans l'otite moyenne suppurée.

L. GALLIARD.

Some suggestions as to the relation of the teeth to empyema of the maxillary sinus, par M. H. FLETCHER (*Journ. of the Americ. Med. Assoc.* 30 *décembre* 1893).

Avec Zuckerkandl, Schiffers, Chatellier, Krause et Bosworth, l'auteur estime que l'empyème de l'antre d'Highmore est plus généralement causé par des désordres intra-nasaux que dentaires. Personnellement, il s'appuie sur l'examen de 500 crânes, soit 1,000 antres d'Highmore. Or, il a trouvé 252 molaires ulcérées qui auraient pu determiner l'empyème tandis qu'en réalité elles ne provoquèrent que 12 fois la suppuration du sinus maxillaire.

CART.

Corps étranger séjournant trois semaines dans le pharynx nasal d'un enfant de 11 mois, par PELTESOHN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 32, *p.* 783, 7 *août* 1893).

On croyait que cet enfant avait avalé l'embouchure d'un jouet musical. Gêne de la respiration nasale et ronflement. Peltesohn découvrit le corps étranger, enchâssé dans le tissu adénoïde du pharynx nasal. Il était arrondi et garni de dentelures tranchantes; sa hauteur était de 1 centimètre et son diamètre de 2 1/4.

J. B.

A case of sarcoma of the soft palate illustrating the degeneration of a papilloma into a malignant growth, par SIMPSON (*New York med. journ.*, *p.* 498, 28 *octobre* 1893).

Chez une jeune fille de 16 ans, on avait enlevé un papillome du voile du

palais. Seize mois après, la tumeur récidiva, sous forme de nombreuses tumeurs papillomateuses, de volumes variables : mais le siège de la tumeur primitive resta souple et sans trace de récidive.

Ces tumeurs furent enlevées au galvano-cautère; avec une partie du voile du palais, mais en une semaine, le large espace laissé libre par l'ablation du voile du palais fut comblé par une nouvelle tumeur, qui ressemblait à un sarcome. Le voile du palais fut alors enlevé en totalité : il était constitué par une masse sarcomateuse qui adhérait en haut à la paroi du pharynx.

L'opération fut suivie de guérison rapide : mais deux mois après la tumeur récidiva, envahit les fosses nasales et le pharynx, et la patiente mourut six mois après la dernière opération, deux ans et trois mois après qu'on eut noté l'apparition de la première tumeur papillomateuse.

Wright croit que cette tumeur a été, dès le début, une tumeur maligne : le diagnostic papillome a été porté d'après l'aspect de la tumeur, et non après examen microscopique.

Glasgow cite le cas d'un homme atteint de papillome du larynx, qui dégénéra en tumeur maligne; et il insiste sur ce fait, qu'une tumeur bénigne pouvant se transformer en tumeur maligne à la suite d'une opération, il faut apporter la plus grande circonspection dans ces interventions qui ne sont pas absolument nécessaires, pour des tumeurs qui simplement causent quelque gêne ou quelques troubles de la voix.

Gleitsmann rapporte un cas de cancer primitif des amygdales, opéré depuis deux ans, sans récidive.

Roaldes a observé une dame à laquelle il enleva une amygdale, atteinte d'une tumeur, que divers examens microscopiques affirmèrent de nature sarcomateuse. L'opération remonte à 6 ans, et il n'y a aucune trace de récidive. Aussi faut-il accepter avec grande prudence les conclusions des micrographes lorsque la tumeur s'est développée dans un organe lymphoïde tel que les amygdales. MAUBRAC.

Streptocoques des angines non diphtéritiques, par D'ESPINE et de MARIGNAC (*Corresp.-Blatt. schweiz. Aerzte*, *n°* 14, *p.* 501, 15 *juillet* 1893).

D'Espine et de Marignac ont retrouvé dans l'enduit pharyngé d'un scarlatineux, le même streptocoque qu'ils avaient constaté dans le sang d'un autre malade atteint de scarlatine (*R. S. M.*, XLI, 84).

Ils ont également pratiqué l'examen bactérioscopique d'un certain nombre d'angines aiguës simples (lacunaires, diphtéroïdes) et ont toujours obtenu, en cultures pures soit le streptocoque long, pyogène, vulgaire, soit un streptocoque court (déjà décrit par eux) qui présente un développement remarquable sur la pomme de terre et qui a été retrouvé depuis par F. Marot (*Thèse Paris*, 1893) à la fois dans la salive des individus sains et dans de nombreuses angines simples.

D'Espine et de Marignac inclinent à considérer ces 2 espèces de streptocoques comme les agents pathogènes habituels de l'angine aiguë simple et à n'accorder qu'un rôle secondaire aux autres coques qui peuvent les accompagner. Dans quelques cas, on trouve seulement le streptocoque long, dans d'autres, plus fréquents, seulement le streptocoque court, enfin on peut aussi les trouver associés l'un avec l'autre. J. B.

Ueber chronische Blennorrhoe der oberen Luftwege..... (Blennorrée des voies respiratoires supérieures et rhinosclérome), par LEMCKE (*Deutsche med. Wochens.*, *n°* 26, *p.* 617, 1893).

La blennorrée des voies respiratoires supérieures, autrement dit blennorrée de Störck ne serait autre chose, d'après Lemcke, que le rhinosclérome. Son opinion repose sur l'identité des bactéries constatées dans l'une et l'autre de ces affections.

Il a observé deux femmes, l'une âgée de 38 ans, l'autre de 42 ans qui n'étaient pas originaires des contrées où règne uniquement la blennorrée de Störck (Galicie, Pologne, Valachie, Bessarabie) et qui cependant présentaient de la façon la plus nette les signes de cette maladie : rhinite atrophique, laryngite atrophique avec catarrhe, lésions des cordes vocales, rétrécissement en forme d'entonnoir et dyspnée intense; pas de cancer, pas de tuberculose, pas de syphilis.

L'examen des sécrétions nasales et laryngées pratiqué, après un minutieux lavage des muqueuses, par Thierfelder, a montré des bacilles qui ne différaient en aucune manière de ceux du rhinosclérome, tels que les ont décrits Cornil et Alvarez. L. GALLIARD.

Laryngites aiguës de l'enfance simulant le croup, par J. TOUCHARD (*Thèse de Paris*, 1893).

T. étudie, dans ce travail, les laryngites intenses survenant, chez les jeunes enfants, à l'occasion d'un refroidissement ou d'une fièvre éruptive, rougeole et déterminant, par la soudaineté de l'invasion, les signes d'asphyxie, une confusion facile avec une diphtérie laryngée. Le rétrécissement causé par la tuméfaction des tissus, joint au spasme, peut nécessiter la trachéotomie d'urgence.

T. publie un très grand nombre d'observations (51) recueillies dans les services d'enfants (quelques-unes antérieurement publiées) où l'examen attentif de la gorge permit d'écarter le diagnostic de diphtérie et d'éviter la trachéotomie en soumettant le petit malade à une médication appropriée. La surveillance dans ces cas doit être continue de peur d'une crise d'asphyxie rapide, avant tout secours.

Dans l'interprétation de ces faits T. montre qu'il s'agissait bien, pour ces cas qu'il a eus à traiter, d'inflammation du larynx avec tuméfaction les tissus, le spasme venant se surajouter à cette première cause d'obstruction. Il consacre un chapitre à part aux laryngites rubéoliques, précédant ou accompagnant l'éruption. L'examen laryngoscopique n'a été fait que dans un petit nombre de cas; on sait du reste combien il est difficile dans le jeune âge. A. CARTAZ.

Lipothymia laryngea, par Ed. KURZ (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 20, *p.* 472, 1893).

L'auteur distingue la lipothymie qui survient au cours des maladies du larynx du vertige laryngé. Voici un cas typique :

Un homme de 58 ans, ayant subi à l'âge de 55 ans, l'extirpation de plusieurs polypes du nez, consulte l'auteur pour une laryngite aiguë : il a les cordes vocales rouges. Le soir de l'examen, au moment où il expectore avec une certaine difficulté quelques mucosités, il perd subitement connaissance et tombe ; le visage est pâle, la bouche fermée, la respiration suspendue. L'inconscience ne dure que quelques secondes et, lorsque le malade revient à lui, il affirme qu'il n'a aucune notion de l'accident dont il a été victime.

Dans la soirée, la même scène se reproduit plusieurs fois.

Le lendemain matin, peu de modifications de l'état du larynx, malgré les inhalations d'eau salée et de codéine. Le soir, le malade est au lit. A peine le médecin l'a-t-il quitté, qu'il entend le bruit d'une chute ; il rentre dans la chambre et trouve son client à terre, sans connaissance ; celui-ci se relève bientôt et manifeste son étonnement. C'est la dernière crise. Dès lors la laryngite guérit ; les lipothymies ne se renouvellent pas.

Le malade raconte que, dans l'enfance, il lui est arrivé fréquemment de perdre connaissance pour des motifs futiles.

Le mot lipothymie laryngée s'applique mieux que le mot vertige aux symptômes décrits dans la plupart des observations. Quant au spasme de la glotte qui, pour certains auteurs, est le point de départ du vertige, il n'a point à intervenir ici.

La lipothymie est due, d'après Kurz, à un réflexe d'origine laryngée. L'excitation de la muqueuse laryngée est transmise par les fibres dépressives qui du tronc du laryngé supérieur vont au tronc du pneumogastrique et au centre vaso-moteur du bulbe; l'énergie de ce dernier est amoindrie et la pression sanguine s'abaisse; en même temps, l'excitation réagit sur le centre paralysant du cœur. De là, l'anémie du cerveau et la perte de connaissance.

Ces phénomènes ne se manifestent que chez des sujets prédisposés.

L. GALLIARD.

Lésions des nerfs dans les aryténoïdites tuberculeuses : pseudo-névrome tuberculeux laryngé, par A. Michel DANSAC (*Ann. mal. de l'or., décembre* 1893).

L'auteur a étudié, par un procédé spécial de technique histologique, les infiltrations qui se développent, au cours de la tuberculose laryngée, au niveau de la région aryténoïdienne. Il a constaté que cette infiltration s'accompagne toujours, dans les cas avancés, avec sténose, dyspnée, dysphagie, de néoformations des nerfs avec hypertrophie du cylindraxe et des divers éléments, sclérose peri-nerveuse, permettant de rattacher cette lésion à une sorte de pseudo-névrome. Il ne s'agit pas là de névrite, mais de véritable hyperplasie nerveuse. Ces conditions expliquent, d'après l'auteur, les symptômes si pénibles de ces laryngites tuberculeuses et les bons effets de l'intervention chirurgicale. A. CARTAZ.

Étude de la laryngite syphilitique secondaire, par H. MENDEL (*Thèse de Paris*, 1893).

Très bonne étude, donnant les résultats de l'examen suivi et répété de 26 malades. La laryngite secondaire peut s'observer au début de la période secondaire (3 cas pendant le chancre, 2 un mois après), mais c'est en général du troisième au cinquième mois après l'accident initial qu'on la voit survenir. Mendel en a observé 1 cas après onze mois, 1 après un an, 1 après trois ans.

D'après l'auteur, on trouve dans cette forme de laryngite quatre sortes de lésions : 1° l'érythème, dont les caractères n'ont rien de particulièrement typique, mais d'une durée longue, tenace et récidivant facilement ; 2° les plaques muqueuses, qui représentent la lésion la plus caractéristique ; sur l'épiglotte, la région interaryténoïdiene et les bandes vocales,

elles se présentent sous l'aspect de petites érosions grisâtres, opalines, plus ou moins arrondies, avec une zone périphérique congestive, cette variété est rare (2 cas sur 26). Sur les cordes vocales, la plaque muqueuse est représentée par une véritable chordite spécifique. Au début apparaît sur la muqueuse congestionnée une tache blanchâtre ovalaire, souvent symétrique, qui s'allonge et forme bientôt une bande blanc grisâtre, légèrement surélevée, donnant à la corde une sorte de liseré plus ou moins régulier ; 3° les papules ; 4° l'hyperplasie de la muqueuse, cette lésion n'ayant rien de bien spécifique et n'étant que le résultat des irritations antérieures. A. CARTAZ.

Sarcom des Kehlkopfes, par Alfred BRUCK (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 37, *p.* 390, 11 *septembre* 1893).

Homme de 57 ans. En mars 1892 : raucité et toux ; la fausse corde vocale droite est tellement volumineuse que dans la phonation on n'aperçoit qu'un liseré étroit de la corde inférieure. L'iode en topique et à l'intérieur fait disparaître en trois semaines la tuméfaction de la corde vocale supérieure et diminuer l'enrouement et la toux. En novembre, le malade revient avec des phénomènes de rétrécissement laryngé et de l'enrouement. La glotte est rétrécie par la tuméfaction de toute la moitié droite du larynx. Paquets de ganglions cervicaux et sous-maxillaires du côté droit. On diagnostique un sarcome ; le diagnostic est vérifié par l'examen microscopique de fragments excisés, qui révéla la présence de cellules rondes. Opération le 12 décembre. Trachéotomie, application de la canule-éponge de Hann ; prolongement de l'incision trachéale jusqu'à l'os hyoïde. La lame droite du cartilage thyroïde est recouverte de masses morbides. Incision transversale dans la région sous-maxillaire droite pour enlever les ganglions dégénérés. Cette énucléation fut très laborieuse. En effet, les tumeurs ganglionnaires atteignaient, en haut la base du crâne, en dedans le larynx, en bas le confluent des jugulaires, et profondément les gros vaisseaux du cou dont la gaine dut être mise à nu sur une longueur de 7 à 8 centimètres. Il existait, en outre, des adhérences intimes avec le sterno-mastoïdien. Incision des cartilages thyroïde et cricoïde et ablation de la moitié droite du larynx. Mort le troisième jour après l'opération, dans le coma. A l'autopsie, toutes les tumeurs extirpées offraient la structure des sarcomes à cellules rondes. La corde vocale supérieure droite était normale (*R. S. M.*, IV, 495 et X, 646).

J. B.

Eversion du ventricule de Morgagni consécutive à la présence d'un corps étranger, par SCHŒTZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 32, *p.* 784, 7 *août* 1893).

Fillette de 10 ans, ayant avalé de travers en mangeant du pain ; dès lors, toux et le lendemain raucité. Jamais de douleurs ni de dysphagie. Schœtz l'examine huit semaines après l'accident : tuméfaction et rougeur de la moitié droite du larynx ; tumeur lisse, proéminant du ventricule droit de Morgagni, et s'y laissant réduire ; cette tumeur masque complètement la corde vocale supérieure correspondante. Aucun corps étranger visible ; premiers sondages négatifs. Enfin, dans la profondeur d'une éminence granuleuse située à la paroi externe du sinus pyriforme droit, Schœtz sentit un corps dur qu'il mobilisa à l'aide d'un stylet et retira facilement avec les pinces. Il s'agissait de l'extrémité postérieure d'une aiguille à coudre, longue de 3 centimètres. Cette aiguille, implantée dans la région postérieure droite du larynx, avait provoqué, dans l'espace compris entre le menton et la fausse

corde vocale, une hémorragie et un exsudat inflammatoire qui avait entraîné le renversement en dedans du ventricule. J. B.

Eight cases of syphilitic stenosis of the larynx, par BLEYER (*Journ of the Americ. med. Ass.*, 25 *novembre* 1893).

Observation détaillée et accompagnée de figures explicatives d'un cas de sténose laryngée syphilitique traité par la méthode combinée des scarifications des tissus cicatriciels, au moyen du dilatateur laryngé à lames coupantes de Lennox Browne, suivies du tubage au moyen d'un tube de caoutchouc durci, maintenu trois jours en place. Résultats excellents obtenus également dans 7 autres cas identiques. Conclusions : la destruction des tissus cicatriciels par la lame coupante est préférable, dans tous les cas, à l'antique dilatation simple, c'est un procédé radical qui détruit rapidement les tissus obstructeurs ; cette intervention diminue les chances de récidive mieux que la dilatation simple, sans être plus difficile ou plus dangereuse à pratiquer. CART.

Die Intubation bei Kehlkopfstenosen, par A. ROSENBERG (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 34, *p.* 835, 21 *août* 1893).

1° Croup d'emblée. Guérison après cinq jours de tubage ;

2° Spasme des adducteurs de la glotte. Amélioration considérable après un premier tubage ; nouveau tubage par une main inhabile qui provoque une tuméfaction sous-glottique nécessitant la trachéotomie ;

3° Spasme des adducteurs. Guérison après huit jours de tubage ;

4° Périchondrite cricoïdienne spécifique avec juxtaposition des cordes vocales ; trachéotomie faite au dehors. Dilatation avec les cônes de Schrœder. Au-dessous du rétrécissement, membrane granuleuse empêchant l'ablation de la canule et résistant aux râclages, aux cautérisations, etc. Tubage amenant la guérison ;

5° Périchondrite cricoïdienne spécifique récente, avec juxtaposition des cordes vocales. Respiration libre après cinq jours de tubage ;

6° Laryngite sous-glottique. Respiration libre après que le tube a été laissé à demeure deux jours ;

7° Papillomes. Tubages répétés à chaque période de gêne respiratoire ; dans les intervalles, opération endolaryngée ;

8° Papillomes causant de l'aphonie et de la gêne respiratoire. Après trois tubages, diminution considérable des tumeurs ; voix assez nette et respiration libre ;

9° Granulome trachéal chez un enfant trachéotomisé il y a six mois pour croup. Curetage avec tubage consécutif. Guérison au bout de cinq jours ;

10° Périchondrite aryténoïdienne ; trachéotomie faite au dehors pour suffocation. Ablation de la canule impossible à cause de l'inertie des cordes vocales, dont la motilité s'améliore notablement au bout de trois tubages ;

11° Membrane tendue entre les cordes vocales ; destruction avec le galvanocautère, suivie du tubage pendant quatre jours. Guérison ;

12° Paralysie bilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs avec tuméfaction sous-glottique. Le malade, refusant la trachéotomie, Rosenberg, malgré les conditions défavorables, pratique le tubage ; au bout de huit jours, la respiration était redevenue libre ; mais le malade ayant rejeté le tube en toussant, il fallut trachéotomiser.

Rosenberg conclut que, sans exclure aucune des autres méthodes de traitement des rétrécissements chroniques du larynx, le tubage a la même valeur qu'elles et doit être employé concurremment. J. B.

Intubation und Tracheotomie (**Intubation et trachéotomie d'après les résultats de l'enquête faite par la Société allemande de pédiatrie**), par **v. RANKE** (*Münch. med. Wochens.*, *n° 44, p.* 825, 1893).

Commencée depuis 4 ans, l'enquête porte actuellement sur 1,324 cas de diphtérie primitive avec sténose du larynx, traitée par l'intubation et ayant donné 316 guérisons (39 0/0). L'intubation n'a été faite que pour les cas où la trachéotomie immédiate aurait, sans elle, dû être faite. Les faits sont répartis comme suit : Ganghofner (Prague) 498 cas, 213 guérisons (42,7 0/0); Ranke (Munich) 368 cas, 128 guérisons (34,7 0/0); V. Muralt (Zurich) 106 cas, 38 guérisons (35,8 0/0); Jakubowski (Cracovie) 165 cas, 73 guérisons (44,2 0/0); Unterholzner (Vienne) 164 cas, 55 guérisons (33 0/0). Dans le croup secondaire (presque toujours à la rougeole), on compte en tout 122 intubations, avec 27 guérisons (22,3 0/0). Au total : 1,445 cas, 543 guérisons (37,5 0/0).

De son côté, la trachéotomie a donné sur 1,118 cas de dipthérie primitive avec sténose laryngée 435 guérisons (38,9 0/0), et sur 42 cas de croup secondaire, 11 guérisons (26 0/0). En somme, les deux méthodes donnent exactement le même pourcentage.

Si on tient compte des 2 premières années, on trouve pour la trachéotomie : de 0 à 1 an, 55 cas avec 3 guérisons (5,4 0/0); et de 1 à 2 ans, 212 cas avec 54 guérisons (25,4 0/0). Pour l'intubation, les chiffres sont les suivants : de 0 à 1 an, 93 cas, 13 guérisons (13,9 0/0); de 1 à 2 ans, 285 cas, 92 guérisons (32,3 0/0). Il semble donc que dans les deux premières années de la vie on ait plus à attendre de l'intubation que de la trachéotomie.

C. LUZET.

Sur le tubage dans le croup, par **AOSER** (*Norsk Magazin for Lægevid*, 1893).

A. a employé le tubage dans 17 cas de croup et 1 cas de catarrhe aigu du larynx. Les malades étaient âgés : 1 de moins d'un an, 16 de 1 à 10 ans, 1 était adulte. Guérison dans 6 cas; 11 morts, 7 par intoxication diphtéritique, 4 par broncho-pneumonie.

A. C.

I. — Intubation of the larynx in private practice : results in 78 cases, par **WHITNEY** (*Boston med. and surg. Journal*, 5 *octobre* 1893).

II. — Tracheotomy and intubation at the Boston City Hospital, par **GAY** (*Ibid.*, 19 *octobre* 1893).

I. — En 5 ans, Whitney a pratiqué 78 fois l'intubation du larynx avec les résultats suivants :

	CAS	GUÉRISONS
Enfants au-dessous de un an.	2	0
— de 1 à 2 ans.	12	3
— de 2 à 3 ans.	18	6
— de 3 à 5 ans.	20	5
— de 5 à 10 ans	26	12

soit 26 guérisons, ce qui fait une moyenne de 33 0/0.

Il est partisan de la méthode de O'Dwyer dans le traitement du croup.

II. — Après avoir donné les résultats statistiques d'un grand nombre de trachéotomies, d'intubations et de trachéo-intubations pratiquées au

City Hospital, Gay estime que l'intubation, bien que n'étant pas une méthode absolument parfaite et bien que ne semblant pas devoir suppléer entièrement la trachéotomie, lui est cependant supérieure dans la majorité des cas, surtout chez les enfants au-dessous de 7 ans, parce qu'elle apaise rapidement la dyspnée, qu'elle est plus facile à pratiquer, que le consentement des parents est aisément obtenu même de très bonne heure, que le traitement ultérieur est très simple et qu'enfin, la statistique lui est favorable. CART.

Diphtheria : tracheotomy, persistent and increasing dyspnoea, systematic curetting of the trachea ; recovery, par SCUDDER (*Boston med. and surg. Journal*, 9 *novembre* 1893).

Chez un enfant de 4 ans atteint de diphtérie et trachéotomisé, la dyspnée devint telle la troisième nuit que pour parer à une asphyxie certaine, Scudder eut l'idée d'introduire une curette intra-utérine par la plaie opératoire jusqu'à la bifurcation de la trachée et de pratiquer un curetage systématique de toute la circonférence de la trachée; l'hémorragie fut très légère, la dyspnée instantanément calmée puis la canule remise en place. Guérison complète.

CART.

Zur Ætiologie des primären Larynxcroup, par Eug. FRÆNKEL (*Deutsche med. Wochens.*, n° 24, *p.* 564, 1892).

L'auteur a observé 4 cas de laryngite diphtéritique initiale.

Le diagnostic a reposé sur l'examen histologique et sur les résultats des cultures :

1° Jeune garçon, souffrant de la gorge depuis quelques jours, atteint le 9 mars de dyspnée violente, trachéotomisé le 11 et mourant le 16. A l'autopsie, pas de fausses membranes dans le pharynx ; on en trouve sur l'épiglotte, dans le larynx, la trachée, et jusque dans les bronches de deuxième ordre. Il y a en outre des noyaux de broncho-pneumonie.

2° Homme de 46 ans, ayant la voix rauque depuis quatre semaines et depuis cinq jours, de la dyspnée sans dysphagie. Pas d'indication de trachéotomie. Mort après deux jours passés à l'hôpital. Fausses membranes dans le larynx et les deux tiers supérieurs de la trachée. Rien dans la gorge.

3° Garçon de 9 ans, malade depuis deux jours, admis le 30 mars, mourant malgré la trachéotomie le 1er avril. Fausses membranes étendues jusqu'aux ramifications bronchiques de second ordre.

4° Enfant de 2 ans. Membranes étendues de l'espace sous-glottique jusqu'aux bronches de troisième ordre. Rien au-dessus de la glotte.

L. GALLIARD.

Ueber Retention der Secrete bei Tracheotomirten und Intubirten, par E. HAGENBACH-BURCKHARDT (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 11, *p.* 385, 1893).

Kœhl (*Ueber die Ursachen der Erschwerung des Decanulements nach Tracheotomie im Kindesalter wegen Diphtherie*, Berlin 1887) énumère les 12 causes suivantes qui rendent difficile l'ablation de la canule chez les enfants trachéotomisés pour croup : 1° diphtérie à forme prolongée; 2° diphtérie récidivante; 3° inflammation des cordes vocales inférieures; 4° bourgeons charnus; 5° déviations trachéales résultant de

l'opération et de la canule; 6° relâchement de la paroi antérieure de la trachée; 7° rétrécissement par compression du dehors; 8° rétrécissement cicatriciel; 9° paralysies primaire et secondaire du larynx, d'origine diphtéritique; 10° paresse d'accoutumance; 11° peur; 12° spasme de la glotte.

Hagenbach en ajoute une 13e : la rétention des sécrétions catarrhales trachéo-bronchiques. Le fait avait déjà été signalé par Boeckel (*de la trachéotomie dans le croup*, Thèse Strasbourg, 1867), qui avait indiqué qu'on se trouvait dans un cercle vicieux : le catarrhe empêchant de retirer la canule et étant cependant entretenu ou même produit par la présence de cette dernière.

Hagenbach n'a connu cet inconvénient que depuis qu'il s'efforce d'enlever la canule le plus tôt possible, c'est-à-dire le 4e ou le 5e jour. A ce moment, les sécrétions sont encore assez abondantes; on entend de gros râles dans la trachée et les grandes divisions bronchiques, mais l'enfant n'a pas de fièvre et ne rejette plus de fausses membranes. Peu d'heures après l'ablation de la canule, les râles sont plus étendus, il réapparaît quelques légers signes de dyspnée; puis le jour même ou surtout le lendemain, survient de la fièvre et, si l'on tarde à remettre la canule, on constate bientôt une pneumonie catarrhale avec recrudescence de la dyspnée et de la fièvre; dès que la canule est remise en place, elle donne issue à un flot de mucosités. Il peut arriver que les mêmes incidents se reproduisent plusieurs fois.

Quant au tubage, Burckhardt s'en montre partisan très tiède et lui reproche de favoriser la rétention des sécrétions des voies aériennes.

J. B.

Des tractions rythmées de la langue contre l'asphyxie consécutive à la trachéotomie, par MOIZARD, FOURNIER et PRIEUR (*Union médicale*, 28 *novembre* 1893).

Les auteurs rapportent deux cas d'enfants : l'un de 15 mois, opéré mourant, l'autre de 4 ans, chez qui, au cours de l'opération, une certaine quantité de sang avait pénétré dans la trachée, qui, tous deux asphyxiés, se mirent à respirer après 6 à 10 tractions rythmées. H. L.

Note sur un cas de rupture de la trachée, par BABES et VLADAYANA (*Roumanie méd., septembre* 1893).

Un enfant de 9 ans est envoyé à l'hôpital avec des symptômes de sténose laryngée, et le diagnostic de croup. Mais en raison des bronchites antérieures, dont l'une toute récente, de la progression lente de la dypnée, de la délicatesse de constitution de l'enfant, Babes croit à une tuberculose et institue le traitement dans ce sens. Au bout de 15 jours, les phénomènes de sténose laryngée sont très amendés, mais l'enfant reste très faible, et trois semaines plus tard on note un emphysème débutant par le cou, puis envahissant la face et bientôt généralisé ; l'enfant mourut 6 jours après le début de l'emphysène.

A l'autopsie on trouva, en sus de nombreuses lésions tuberculeuses de divers organes, une tuberculose miliaire des poumons ; la muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches détruite et caséeuse, ainsi que celle du pharynx. Au niveau de la bifurcation de la trachée, il existe une déchirure

de forme triangulaire, mesurant 3 centimètres et demi de côté, la base est formée par un gros ganglion caséeux situé derrière la rupture ; la rupture communique avec une vaste caverne formée aux dépens d'un ganglion ramolli, et du tissu du médiastin. C'était par cette rupture que s'était produite l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire. H. L.

Vorläufige Mittheilungen uber die Untersuchung..... (Communication sur l'examen des élèves de l'Institut des sourds-muets de Münich), par BEZOLDT (*Münch. med. Woch.*, *n°* 48, *p.* 905, 1893).

En explorant l'organe auditif avec des séries complètes de tons purs, Bezoldt a dissocié la perception en ses éléments et, connaissant le total de ces éléments, pu juger complètement de la possibilité d'éducation de l'enfant. Sur 158 enfants examinés, seulement 48 étaient complètement sourds et par suite non-susceptibles d'éducation. 28 fois, la faculté auditive se limitait à des îlots de tons purs ; 20 fois, il y avait dans la série des lacunes non perçues ; 1 fois seulement, il avait surdité pour tous les tons au-dessus de *sol*^{b} ; 8 fois, surdité pour les tons supérieurs et inférieurs ; 18 fois, surdité pour quelques-uns des tons supérieurs et pour plusieurs octaves inférieures ; et 33 fois enfin, surdité pour quelques tons supérieurs et pour moins de 4 octaves inférieures. En sorte que la non-perception des sons graves est plus fréquente et plus étendue que celle des sons aigus. C. LUZET.

Recherches cliniques sur le vertige électrique dans les maladies des oreilles, par D.-Z. STAMOFF (*Thèse Genève*, 1892, *et Rev. médic. Suisse romande*, *XIII*, 387, *juin* 1893).

Le courant galvanique appliqué sur l'oreille produit au moment de ses variations d'intensité, une sensation vertigineuse. La production de ce vertige doit être attribuée à une excitation des nerfs sensitifs des oreilles externe et moyenne, excitation qui, par voie réflexe, avec ou sans participation des rameaux non auditifs du nerf acoustique, agit sur l'organe central de l'équilibre.

Le vertige électrique s'observe dans la plupart des affections de l'oreille externe et de l'oreille moyenne ; il suffit, pour le provoquer, d'un courant 10 ou 15 fois plus faible que chez une personne ayant les oreilles saines.

L'absence du vertige électrique est la règle dans les cas d'obstruction des fenêtres labyrinthiques avec labyrinthite secondaire.

Habituellement, le vertige électrique est limité au côté de l'oreille munie du pôle (positif ou négatif). Mais, dans les cas d'inactivité complète du nerf acoustique, le vertige siège du côté de l'oreille dont le nerf fonctionne encore.

La réaction électrique sonore et la réaction électrique vertigineuse, reposant sur des lésions différentes, s'excluent réciproquement, mais non d'une manière absolue. Les malades qui accusent une réaction sonore facile ne présentent généralement pas de réaction vertigineuse et *vice-versa*.

La production du vertige auriculaire électrique ne paraît pas directement liée aux troubles fonctionnels de l'ouïe. J. B.

Sur l'audition double, par Hans DAAE (*Norsk. Magazin, juin* 1893).

1° *Diplacousie harmonique et dysharmonique.* A la suite d'une chute faite il y a deux ans environ, un homme âgé de 30 ans, éprouve une légère hémorragie de l'oreille gauche, suivie d'éblouissements, de surdité et d'un fin bruissement ; il devient d'une sensibilité douloureuse à l'égard de la musique, du chant et de la voix parlée, qu'il ne supporte qu'à distance et qui lui font le même effet que le grincement de métal sur métal. Les tons lui semblent plus bas à l'oreille gauche qu'à l'oreille droite ; les sons perçus à l'oreille gauche entre 64 et 4096 vibrations sont rabaissés d'une quinte. Après un cathétérisme répété, les sons subjectifs disparurent, ainsi que la sensibilité anormale vis-à-vis de la musique, du chant et de la voix parlée, il ne persiste qu'une différence d'un demi-ton (diplacousie dysharmonique). Le tympan est légèrement sclérotisé. Nul signe de fêlure à aucun endroit.

2° *Diplacousie dysharmonique.* Au cours d'un catarrhe aigu du conduit auditif, un violoniste âgé de 25 ans, est sujet à une audition dysharmonique, l'oreille gauche percevant tous les sons un demi-ton plus haut que l'oreille droite. L'ouïe a baissé un peu à gauche, mais tous les sons y font une impression désagréable. Le tubage fait disparaître peu à peu ces symptômes, la différence de ton ayant passé de 1/4 à 1/8, à 1/16, pour se réduire finalement à 0.

3° *Affection de l'oreille moyenne.* Chez un homme de 60 ans, atteint d'une otite moyenne droite, les sons compris entre 64 et 128 ne sont pas perçus ; entre 128 et 526, toutes les notes sont perçues comme des *fa* ; la perception est exacte entre 2048 et 40,000 vibrations.

Suivant l'auteur, la diplacousie peut survenir dans les affections de l'oreille interne seule, et dans les affections de l'oreille moyenne seule ; dans les cas où il y a affection de l'oreille interne et de l'oreille moyenne, la diplacousie procède plus probablement de l'oreille moyenne ; la diplacousie tant harmonique que dysharmonique peut procéder d'une affection de l'oreille interne. H. FRENKEL.

Études cliniques sur la paracousie de Willis, par P.-S. HARALANOFF (*Thèse de Genève*, 1892, *et Rev. méd. Suisse romande*, *XIII*, 327, 1893).

Mémoire basé sur 26 observations.

1° La paracousie de Willis consiste dans l'amélioration de l'audition de la voix haute (voix de conversation) arrivant par l'air, sous l'influence d'une trépidation bruyante agissant sur l'organe auditif par transmission osseuse.

2° Ce phénomène doit exister chaque fois que l'organe de l'ouïe se trouve dans les conditions suivantes : *a*) hyperacousie physiologique, au sens d'Urbantschitsch ; *b*) diminution du pouvoir de transmission par défaut du tympan, du marteau ou de l'enclume, par processus adhésifs intéressant la chaîne des osselets, par compression ou enfoncement du tympan et des osselets (bouchon cérumineux) ; *c*) conservation de l'étrier et diminution de sa mobilité ; *d*) conservation de la contractilité du muscle tenseur de l'étrier ; *e*) mise en jeu de cette contractilité par excitation tactile intense (trépidation osseuse) remplaçant l'excitation sonore physiologique trop amoindrie par la diminution de la transmissibilité sonore.

3° Les lésions qui excluent la possibilité de la paracousie de Willis sont : *a*) la disposition ou au moins l'affaiblissement considérable de l'hyperacousie physiologique (affections de l'appareil percepteur, laby-

rinthites) ; *b*) l'immobilisation complète de l'étrier ; *c*) la paralysie des muscles tenseurs, surtout des muscles de l'étrier, jointe à une forte diminution du pouvoir de transmission des ondes sonores (paralysie complète du nerf facial dans l'otite suppurée, par exemple).

4° La paracousie de Willis peut n'exister que d'un côté, lorsqu'il y a ankylose des osselets ou labyrinthite secondaire du côté opposé.

5° La paracousie de Willis est souvent associée à un autre phénomène, rare également, la diplacousie.

Cette diplacousie, facile à démontrer par le diapason, n'est cependant manifeste que par la voie aérienne. Elle paraît donc également liée à des lésions de l'appareil de transmission. J. B.

Otite media suppurata chronica, ascesso cerebellare....., par P. AVOLEDO (*Assoc. med. Lombarda*, 30 *janvier* 1893).

Jeune garçon de 15 ans, atteint depuis 5 ans d'un écoulement de l'oreille droite, avec issue de matières dures, fétides. Il a remarqué depuis 3 ans des douleurs de tête qui diminuaient quand l'écoulement était plus abondant. Depuis quelque temps, bruits subjectifs, vertiges, céphalées plus intenses. A son entrée à l'hôpital, douleur à la région mastoïdienne qui est tuméfiée, respiration du type Cheyne-Stokes, vertiges et tendance à la chute à droite dès qu'il met le pied par terre ; température 36°,5. Les accidents s'aggravent le malade est dans un état de stupeur, le pouls faible dépressible, les vertiges constants, les vomissements fréquents. Trépanation mastoïdienne, issue de tumeurs cholestéatomateuses, drainage. Légère amélioration, mais persistance des vertiges, de la douleur occipitale, des vomissements. Mort 8 jours plus tard.

A l'autopsie, abcès de la partie droite du cervelet, du volume d'un œuf de poule, suite de carie du labyrinthe.

L'auteur discute les symptômes et le diagnostic de ces abcès cérébelleux et la conduite à tenir en semblable occurence. A. CARTAZ.

Ferite dell'orecchio per armi da fuoco, rivoltella (revolver), par P. AVOLEDO (*Morgagni, novembre* 1893).

A. rapporte deux cas intéressants de coups de feu de l'oreille et étudie les phénomènes primitifs (hémorragie, vertiges, paralysie faciale, etc.) et secondaires de ces lésions. Il s'attache à démontrer par ses observations personnelles et par d'autres faits que la perte d'audition n'est, dans la plupart des cas, ni constante ni complète, comme on l'a cru.

Chez son second malade la blessure, survenue 4 ans auparavant, avait amené une suppuration profuse, fétide, des troubles vertigineux intenses et une perte de l'ouïe complète. Une opération permit de retirer un fragment de plomb ; la suppuration, les vertiges disparurent et l'audition revint assez pour entendre à 15 centimètres. Aussi A. est-il partisan déterminé de l'intervention qui peut arrêter les accidents immédiats et prévenir les complications ultérieures. Il conseille de suivre longtemps les malades tant pour les accidents secondaires possibles que pour s'assurer de l'état définitif de la fonction auditive.

A. CARTAZ.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1893.

A

Abcès. — Sur le mode de formation et de guérison des abcès, par Kiener et Duclert. (*Arch. de méd. exp.*, V, 6.) — Sur les abcès provoqués comme traitement des suppurations puerpérales, par H. Swiecicki. (*Nowing lek.*, 5.) — De l'ouverture d'abcès froids de la paroi thoracique dans les poumons ou dans les bronches, par Hoffmann. (*Münch. med. Woch.*, 39, p. 729.) — Deux cas d'abcès sous-diaphragmatique, par Gruenbaum. (*Wiener med. Wochen.*, 9.)

Abdomen. — Plaie pénétrante de l'abdomen avec issue de l'épiploon, résection de la portion herniée, suture de la plaie, guérison, par Gellé. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 677.) — Sur les plaies par armes à feu de l'abdomen, par A. Przyborowski. (*Medycyna*, septembre, nos 28-30.) — Un cas intéressant de blessure de l'abdomen, par Kuchta. (*Wiener med. Wochens.*, 42, p. 1693.) — La laparotomie hâtive dans les plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu de petit calibre, par Duroselle. (*Thèse de Lyon.*) — Troubles éloignés dus à des changements dans la statique abdominale, par Rouffart. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 décembre.) Sur un cas d'ascite laiteuse non chyleuse, par Lion. (*Arch. de méd. exp.*, V, 6.) — Ulcères de la paroi abdominale, par Braun. (*Deutsche med. Wochens*, 48. p. 1282.) — Sarcome abdominal généralisé, par Castneil. (*Marseille médical*, 22, p. 613.) — Des indications opératoires que présentent certaines tumeurs abdominales ayant comprimé les uretères et déterminé des lésions rénales, par Rochet. (*Gaz. des hôp.*, 23 décembre.) — Anomalies de régression du canal vitellin, diverticule de Meckel, fistules ombilicales, par Franchomme. (*Thèse de Paris*, 21 décembre.)

Accouchement. — Du mécanisme de l'accouchement, par Schmidt. (*Cent. f. Gynaek.* 16 décembre.) —Résultats de l'examen des urines au point de vue de l'albumine chez 100 accouchées, par Aufrecht (chez la moitié albuminurie transitoire de 24 à 48 heures). (*Berlin. klin. Woch.*, 2 octobre.) — Du lavage de l'utérus à la période de délivrance avec des solutions salines faibles, par Iwanow. (*Cent. f. Gynaek.*, 30 décembre.) — Des moyens d'accélérer la dilatation de l'orifice utérin pendant le travail de l'accouchement, par Demelin. (*Journal des praticiens*, 54, p. 834.) — De l'inertie utérine primitive, par Tarnier. (*Bull. méd.*, 24 décembre.) — Accouche-

ment forcé, par Marx. (*N. York acad. of med.*, 28 décembre.) — Accouchement par manœuvres internes favorisant l'évolution spontanée dans une présentation de l'épaule, par Dupuy. (*Progrès médical*, 16 décembre.) — De l'extraction du tronc fœtal venant premier, par Demelin. (*Rev. gén. de clin.*, p. 731.) — Traitement de la tête dernière, par Theilhaber. (*Cent. f. Gynaek.*, 9 décembre.) — De l'abaissement prophylactique et curatif du pied dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses, par Puech. (*N. Montpellier méd.*, 30 déc.) — Curetage utérin pour rétention de débris placentaires, par du Coquet. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 décembre.) Des limites de l'accouchement prématuré artificiel, par Loehlein. (*Deutsche med. Woch.*, 21, p. 491.) — Brièveté absolue du cordon; ses conséquences, par Gallois. (*Dauphiné médic.*, novembre.) — Traitement du cordon ombilical, par Doktor. (*Arch. f. Gynaek.*, XLV, 3.) — Du bassin cyphotique au point de vue obstétrical, par Puech. (*N. Montpellier méd.* [suppl. nº 5], p. 802.) — Dystocie par exagération du diamètre bisacromial, par Chaleix. (*Journal méd. Bordeaux*, 17 décembre.) — Considérations sur les accouchements difficiles, suite d'hydrocéphalie aiguë, par Bejan. (*Bulletin Société de méd. de Jassy*, nº 4.) — Dystocie par procidence du pied dans la présentation du sommet, par Gautier. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 12, p. 776.) — Du forceps comme levier, par P. Etter. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, septembre.) — Un cas de paralysie d'Erb et de Duchesne par application de forceps au détroit supérieur, par Hochstetter. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 octobre.) — De la perforation du crâne fœtal sur la tête dernière, par Strassmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 octobre.) — Les bienfaits de la symphyséotomie, par Farabeuf. (*Thèse de Paris*, 6 décembre.) — Symphyséotomie, par Cooke Hirst. (*Med. news*, 2 décembre.) — De la symphyséotomie, par P. Mueller. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 décembre.) — Symphyséotomie, par Draghiesco. (*Roumanie médicale*, septembre.) — Un cas de pubiotomie, par Harajewicz. (*Przegl. lek.*, 20.) — Bassin justo-minor aplati avec diamètre minimum de 8 1/2 ; insuccès du forceps, symphyséotomie, enfant vivant, guérison de la mère, par Magnaux. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Symphyséotomie partielle au lieu d'opération césarienne, par Rudolf Mueller et W. von Noorden. (*Berlin klin. Woch.*, 27 novembre.) — Du lysol comme antiseptique en obstétrique, par Israelson. (*St-Petersb. med. Woch.*, 20 novembre.)

Acné. — Acné, par Holsten. (*Med. news*, 18 novembre.) — De l'acné nécrotique, par Thibierge. (*Mercredi médical*, 6 septembre.) — Acné framboesiforme, par Ullmann. (*Société viennoise de derm.*, 22 février.) — Acné télangiectasique, par Kaposi. (*Ibid.*, 19 avril.) — De certaines formes rares d'acné, par Kaposi. (*Arch. f. Dermat.*, XXVI, 1.)

Acromégalie. — Acromégalie chez une géante, par Bramwell. (*Edinburgh med. chir. soc.*, 6 décembre.) — Deuxième cas d'acromégalie, par W. Gajkiewicz. (*Gaz. lek.*, 31.) — Un cas d'acromégalie avec autopsie, par Bonardi. (*Archivio ital. di clin. med.*, XXII, p. 356.) — Un nouveau cas d'acromégalie avec hémianopsie temporale, par Asmus. (*Graefe's Arch.*, XXXIX, 2.) — De l'acromégalie et de l'ostéopathie hypertrophiante pneumique, par Rauzier. [*N. Montpellier méd.*, 4 (suppl.), p. 623.] — Acromégalie traitée par opération, par C. Caton et Paul. (*Brit. med. j.* 30 décembre.)

Actinomycose. — De l'actinomycose cutanée chez l'homme, par Taburet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Emphysème cutané et actinomycose des poumons, par Silberstein. (*Wiener med. Woch.*, 46.) — De l'actinomycose à Nurem-

berg et environs, par Karl Koch. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 octobre.) — Actinomycose de l'appendice vermiforme amenant une pérityphlite, par Ransom. (*Med. chir. Transact.*, LXXV, p. 63.) — Actinomycose des voies urinaires et digestives, par Ransom. (*Ibid.*) — Actinomycose de la face et du cou, guérison, par Anderson. (*Ibid.*, p. 103.)

Addison (Mal. d'). — A propos d'un cas de maladie d'Addison sans lésion des capsules surrénales, pathogénie de cette affection, par Roux. (*Province méd.*, 26 août.) — Un cas de tuberculose des capsules surrénales (mal. d'Addison) à mort rapide, par Ewald. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 novembre.)

Albumine, urie. — Sur le pouvoir rotatoire de la caséine en solutions salines neutres, par Marie. (*Thèse de Toulouse.*) — Sur la chimie de l'albumine de l'œuf de poule, par E. Salkowski. (*Centralbl. f. med. Wissensch.*, 5 août.) — Sur une substance mucoïde très abondante dans l'albumine d'œuf de poule, par Morner. (*Ibid.*, 28 octobre.) — *Idem*, par Salkowski. (*Ibid.*) — Note sur la recherche de l'albumine par le procédé d'Esbach, par F. Roure. (*N. Montpellier méd.*, 28, p. 545). — Sur l'albuminurie intermittente cyclique, par Kraus. (*Wiener med. Presse*, 26 novembre.) — Héméralopie chez un albuminurique, par Panas. (*Journal des Praticiens*, 49, p. 769.) — Albuminurie gravidique, par Oui. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 novembre.)

Alcool, isme. — La question de l'alcool au point de vue médical, par Adolf Struempell. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 septembre.) — Troubles hystériques dus à l'alcool, par Coe. (*N. York acad. of med.*, 28 décembre.) — Auto-mutilation dans un accès de délire alcoolique, par Hue. (*Normandie méd.*, 1er novembre.) — Marche et curabilité des paralysies alcooliques, par Lancereaux. (*Gaz. hebdom. Paris*, 16 septembre.) — Pseudo-paralysie générale alcoolique et saturnine, par Vallon. (*France méd.*, 42, p. 657.) — Alcoolisme et saturnisme paralytiques, par A. Paris. (*Rev. méd. de l'Est*,, 13.)

Aliénation. — De la psychiâtrie à Wurzbourg, de 1583 à 1893, par Rieger. (*Verhandl. phys. med. Ges. Würzburg*, XXVII, 2.) — Compte rendu de la 21e réunion de la Société des aliénistes suisses. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — De la méthode anatomo-clinique en médecine mentale, par Joffroy. (*Progrès médical*, 2 décembre.) — Dégénérés et déséquilibrés, études de psycho-pathologie et de médecine légale, par Dallemagne. (In-8° 800 p., *Bruxelles.*) — Sur l'aliénation mentale simulée, par M. Holmboe. (*Norsk magazin*, février.) — Des auto-intoxications dans les maladies mentales, par Régis. (*Arch. clin. Bordeaux*, 8 octobre.) — Des hallucinations dans la mélancolie, par Revertegat. (*Thèse de Paris*, 28 décembre.) — Folie morale et simulée, par Bernardini et Petrazzani. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 4.) — De la manie de collectionnner dans les diverses formes de psychopathie. par Mingazzini. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 4.) — De la paranoia, par Schuele. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, 4, 1 et 2.) — Un malade atteint de paranoia matricide, par Borri. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 4.) — Les folies dans les maladies aiguës, par Régis et Chevalier-Lavaure. (*Gaz. hebd. Paris*, 30 septembre.) — Des indices physionomiques de la démence apathique, par J. Sikorsky. (*Nouv. icon. de la Salpêtrière*, 4, 177.) — Des délires systématiques, par Magnan. (*Bull. méd.*, 29 novembre.) — Folie multiple partiellement communiquée avec dissimulation combinée des deux codélirants, par Marandon de Montyel. (*France méd.*, 37 et 38.) — A propos de la folie à deux, par Arnaud. (*Ibid.*,

44, p. 690.) — Cas de folie consécutive à une ovario-salpingectomie, par Régis. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 décembre.) — Un cas de lipémanie, suicide avec mutilation, par Garnier. (*Bourgogne méd.*, octobre.) — Sur les altérations histologiques de l'écorce cérébrale dans quelques maladies mentales, par Colella. (*Arch. ital. de biol.*, XX, 2 et 3.) — Sur deux cas de lésions organiques du cœur chez les aliénés, par Christian. (*Soc. méd. psychol.*, 11 décembre.) — Sur les effets de la transfusion nerveuse, méthode de Paul, dans les maladies mentales, par Rossi. (*Riv. sper. di fren.* XIX, 4.) — Des effets du trional chez les aliénés, par Oscar Collatz. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 octobre.)

Alimentation. — Sur un régime alimentaire pouvant être aisément employé chez le chien dans les expériences sur la nutrition, par G. Sée et Camus. (*Soc. de biol.*, 16 décembre.) — Des principes généraux de l'alimentation infantile, par Rotch. (*Boston med. Journal*, 23 novembre.) — Les succédanés du pain dans l'alimentation des enfants, la biscotte de légumine, par Bovet. (*Journ. de méd. Paris*, 24 décembre.) — Alimentation des nourrissons par le lait stérilisé, par Hendrix. (*La Policl. Bruxelles,* 15 octobre.) — Sur la stérilisation du pain et du biscuit sortant du four, par Balland et Masson. (*Acad. des Sc.*, 4 décembre.) — Essai critique sur les intoxications alimentaires, par Drouineau. (*Thèse de Lyon.*)

Amputation. — Sur les amputations congénitales, par Lhomme. (*Thèse de Paris*, 7 décembre.) — Des malformations intra-utérines des extrémités et de ses rapports dans les amputations spontanées, par Schrader. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 5 et 6.) — Désarticulation non sanglante de la hanche par une nouvelle méthode, par Senn. (*Chicago clin. review*, février.) — Amputation non sanglante de la hanche, 40 cas opérés par la méthode de l'auteur, par Wyeth. (*Med. News,* 9 décembre.) — De l'amputation de la hanche par la méthode de Wyeth, par Parham. (*Journal Americ. Med. Ass.*, 23 décembre.) — Des méthodes de désarticulation : de la désarticulation du genou par la méthode sous-capsulo périostée, de l'occlusion des sacs synoviaux, par Pollosson. (*Province méd.*, 27.) — Remarques sur 3 cas d'amputation de cuisse, par A. von Bardeleben. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 juillet.)

Amygdale. — Lésions nerveuses dans les amygdalites chroniques, description anatomique des plexus nerveux folliculaires et sous-épithéliaux de l'amygdale, par Michel Dansac. (*Soc. anat. Paris*, 19 novembre.) — Prophylaxie et traitement des amygdalites, par Lermoyez. (*Presse méd.*, 23 décembre.) — De l'amygdalite récidivante, par Leland. (*Boston med. Journal*, 12 octobre.) — Sur l'ablation partielle des amygdales, par Amory de Blois. (*Boston med. Journal*, 12 octobre.) — La tuberculose des amygdales dans ses rapports avec la tuberculose des ganglions cervicaux et des poumons, par Romme. (*Gaz. hebd. Paris*, 9 décembre.) — Kyste de l'amygdale linguale, par Rueda. (*Archivos int. de rinol.*, novembre.)

Anatomie. — Atlas de coupes de la tête, par Macewen. (In-4°, 378 pages, 53 planches, *Glasgow.*) — Procédé d'autopsie des voies respiratoires supérieures, par Theod. Harke. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 décembre.)

Anémie. — Étude du sang dans l'anémie, par Southworth. (*N.-York med. j.*, 25 novembre.) — Des échanges respiratoires dans quelques formes d'anémie, par Bohland. (*Berl. klin. Woch.*, 1er mai.) — Sur l'anémie pernicieuse, par Max Perles. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 octobre.) — Contribution

à l'étude de l'anémie pernicieuse, par F. Fischel et R. Adler. (*Zeitschrift f. Heilkunde*, 4, p. 263.) — Un cas d'anémie pernicieuse terminé par la guérison, par A. Pulawski. (*Gaz. lek.*, 21.) — Pathogénie de l'anémie pernicieuse progressive, par A. Wiltschur. (*Deutsche med. Woch.*, 30, p. 715.) — Modifications de la moelle des os dans l'anémie pernicieuse, par Muir. (*Journ. of path. and bact.*, II, 3.) — 50 cas d'anémie traités sans fer, par Bourget. (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, 11, p. 721.)

Anesthésie. — Anesthésie physiologique et ses applications, par Dubois. (In-8°, 199 pages, Paris, 1894.) — Observations cliniques sur la respiration pendant l'anesthésie et sur les causes des troubles, par Hewitt. (*Med. chir. Transact.*, LXXIV, p. 107.) — Sur l'action du chloroforme, par Have et Thornton. (*Journal Americ. Med. Ass.*, 14 octobre.) — Du chloroforme salicylide d'Auschütz, par Witzel. (*Cent. f. Chir.*, 30 décembre.) — Décomposition du chloroforme à la lumière, par Kyll. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1136.) — Le salicylidchloroforme et son usage pour la préparation du chloroforme pur, par Auschütz. (*Ibid.*, 49, p. 1313.) — L'anesthésie par l'éther, par Garré. (*Ibid.*, 40, p. 958.) — De l'anesthésie par l'éther, par Kaefer. (*St-Petersb. med. Woch.*, 25.) — De l'anesthésie par le bromure d'éthyle, par Meyer. (*Soc. de laryng. Berlin*, 2 juin.) — De la narcose par le bromure d'éthyle et de la narcose par le bromure d'éthyle et le chloroforme associés, par Reich. (*Wiener med. Wochenschr.*, 23.) — De l'analgésie par le bromure d'éthyle chez les enfants, par Secheyron. (*Journ de clin. infant.*, I, 5.) — De l'hydrate d'amylène, par Harnack et Meyer (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIV, 3 et 4.) — De la tropacocaïne, nouvel anesthésique, son emploi dans les maladies des yeux, par Veasey. (*N. York med. j.*, 25 novembre.) — Des accidents cocaïniques évités par la trinitrine par Guitton. (*Thèse de Bordeaux.*) — Anesthésie cutanée à la suite d'une injection sous-cutanée de thiosinamine, par Keitel. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 décembre.) — De l'action anesthésique du pétrole, par Jacob. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur l'application de l'antipyrine comme anesthésique du nez, du larynx et du pharynx, par W. Wroblewski. (*Gaz. lekarska*, octobre, 41.)

Anévrisme. — Anévrisme artériel intra-péricardique, par Du Pasquier et Jolly. (*Soc. anat. Paris*, 1er décembre.) — Anévrisme traumatique de l'artère vertébrale, par Matas. (*Annals of surg.*, novembre.) — Anévrisme à la naissance de la cérébrale moyenne, par Jayle. (*Soc. anat. Paris*, 27 octobre.) — Anévrisme artérioso-veineux de l'aorte et de la veine cave supérieure, par Jayle (*Ibid.*) — De l'anévrisme latent de l'aorte, par Potain. (*La médecine moderne*, 29 novembre.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte, par Breffeil. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 décembre.) — Sur la pathogénie des anévrismes à propos de deux cas d'anévrisme de l'aorte, par M. Sadowski. (*Medycyna*, décembre, 50-52.) — Casuistique et diagnostic des anévrismes de l'aorte, par A. Sokolowski. (*Gaz. lekarska*, novembre, 46.) — Anévrisme aortique par balle de revolver, par Freyhan. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 décembre.) — Anevrisme de la crosse aortique, par Langerhans. (*Ibid.*, 9 octobre.) — Anévrisme sacciforme de l'aorte descendante resté latent, par Ewald. (*Ibid.*, 30 octobre.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte ouvert dans la trachée, par Tollemer. (*Soc. anat. Paris*, 3 novembre.) — Les secousses trachéales dans l'anévrisme de l'aorte, par Martin-Durr. (*Thèse de Paris*, 13 décembre.) — Anévrisme de l'aorte thoracique ouvert dans l'œsophage, par Voelcker. (*London pathol. Soc.*, 5 décembre.) — Traitement chirurgical de l'anévrisme intra-thoracique, par Gebhard. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 octobre,) — Anévrisme du tronc brachio-

céphalique, par GUINARD. (*Soc. anat. Paris*, 29 décembre.) — Anévrisme traumatique de l'artère temporale superficielle, par PITOT. (*Bull. de la Soc. de l'Ouest*, 3, p. 225.) — Piqûre de la main gauche ; lésions de l'arcade palmaire superficielle et du nerf cubital ; anévrisme faux primitif traité par la compression directe et immédiate, l'immobilisation et la suspension ; troubles trophiques dans la sphère du nerf cubital superficiel. Guérison, par REBOUL. (*Marseille médical*, p. 529, 1er octobre.) — Gravité des anévrismes de la fémorale profonde, par PRENGRUEBER. (*Bull. méd.*, 6 décembre.) — Cure d'un anévrisme poplité supérieur, par SCHWARTZ. (*Rev. gén. de Clin.*, 46, p. 721.) — Du soi-disant anévrisme des os, par OEHLER. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 5 et 6.) — De l'anévrisme cirsoïde, par KÖTSCHAU. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1287.)

Angine. — 2 cas d'angine dus à l'oïdium albicans, par BRANDENBERG. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Angine aiguë compliquée d'otite moyenne avec coma et convulsions, guérison, par MEYLAN. (*Rev. medic. Suisse romande*, XIII, 11, p. 729.) — Diphtérie et autres affections membraneuses de la gorge, par WILLIAMS. (*Massachusets med. Soc.*, 14 juin.) — Angine phlegmoneuse avec formation d'abcès dans le repli salpingopharyngien, par KLINGEL. (*Münchener med. Woch.*, 50, p. 966.) — Sur un cas d'angine de Ludwig, par TRUMPP. (*Ibid.*, 38, p. 709.) — Pathogénie de l'angine de poitrine, par CROCQ fils. (*Gaz. hebd. Paris*, 16 septembre.)

Angiome. — Nœvus caverneux, par MAAS. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 novembre.) — Nœvus pilosus de grande dimension, par RÖHRING. (*Deutsche med. Woch.*, 39, p. 943.) — Nœvus pigmentaire, par PALM. (*Soc. berlin. de derm.*, 4 juillet.) — De l'angiome cirsoïde artériel du membre supérieur, par WAGNER. (*Beit. z. klin. Chir.*, XI, 1.) — Quelques considérations sur l'angiome, par ZÉNON BAIRY. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 novembre.) — Traitement de l'angiome artériel racemosum, en particulier de la tête, par SIEGMUND. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 3 et 4.) — Traitement des angiomes par l'extirpation, par Mlle PASTERNAK. (*Thèse de Paris*, 28 décembre.) — Cas d'angiokératome, par JOSEPH. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 août.) — Del'angiokératome, par ESCANDE. (*Thèse de Toulouse.*)

Anthrax. — Un cas d'anthrax, par BURRELL. (*Annals of surg.*, décembre.)

Anus. — Fistule à l'anus, par BARBIER. (*Bourgogne méd.*, octobre.) — De la fistule anale et de son traitement par la thermo-conotomie, par REYGASSE. (*Thèse de Paris*, 6 décembre.) — Traitement des fistules à l'anus par la réunion primitive, par APERT. (*Bull. méd.*, 13 décembre.) — Atrésie anale traitée par la méthode de Dieffenbach, par RIEGNER. (*Deutsche med. Woch.*, 23, p. 560.) — Nouvelle modification à l'opération de Littre, par NUIJENS. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, p. 157, juillet.) — Observations récentes de colotomie, par PENNINGTON. (*Journal Americ. Med. Ass.*, 11 novembre.) — 2 cas de prolapsus anal traités par la méthode gymnastique de Brandt, par HAEBERLIN. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er octobre.)

Aorte. — Sur les embolies de l'aorte abdominale, par ROUSSEL. (*Thèse de Lyon.*)

Appareils. — Étuve à désinfection et à culture, par OSTWALT. (*Rev. gén. d'opht.*, XIII, 1.) — Sur les applications de l'aspirateur de Jaworski, par E. KOZIEROWSKI. (*Przeg. lek.*, décembre, 51.) — Ophtalmotonomètre à niveau, frein et poignée de pression constante, par NICATI. (*Soc. de biol.*,

30 décembre.) — Nouveaux modèles d'aiguilles à suture, par Malassez. (*Ibid.*, 23 décembre.) — Nouveau spéculum pour oreilles, par Lake. (*Journ. of laryng.*, décembre.) — Sur la contenance des seringues de Pravaz, par E. Kraft. (*Norsk Mazarin*, mai.) — Nouvel appareil pour retirer le liquide de l'estomac dans un but de diagnostic, par Gross. (*N. York med. j.*, 18 novembre.) — Appareil portatif pour la stérilisation et la conservation aseptique de la soie à sutures, par Carl Schuler. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er octobre.) — L'appareil d'Hebrok, protecteur des poumons, pour empêcher la respiration habituelle par la bouche, par Oscar Holtz. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1182, 27 novembre.) — L'appareil de Werner von Siemens pour stériliser l'eau par ébullition, par Rubner et Davids. (*Ibid.*, 4 septembre.) — Appareil pour stériliser les sondes, par Ernst Frank. (*Ibid.*, 18 décembre.) — Nouvelle table-lit pour examens et opérations, par George Meyer. (*Ibid.*, 25 décembre.) — Appareil orthopédique (ressort spirale) pour l'arthrite cervicale et l'arrachement de l'épiphyse supérieur de l'humérus, par Heusner. (*Ibid.*, 16 octobre.) — Avantages des attelles de Bruns, par Garré. (*Ibid.*, 16 octobre.) — Bandage à pelote élastique pour la scoliose, par A. Bidder. (*Ibid.*, 6 novembre.) — Instruments et appareils, tables d'opération, par Vincent. (*Arch. prov. de chir.*, III, 2.) — Simplification de l'écharpe ou triangle classique (simple bande), par Ernest de Reynier. (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, 11, p. 723.) — De l'emploi de l'aluminium dans la construction des appareils plâtrés amovo-inamovibles, par Gilles. (*Marseille médical.*, 1er août.) — Appareil simple pour mesurer les différences de longueur des membres inférieurs, par Möhring. (*Münchener med. Woch.*, 45, p. 847.) — Nouvelle poignée pour anses galvanocaustiques, par Keimer. (*Arch. f. Laryngol.*, I, 1.)

Artère. — Pression artérielle étudiée comparativement chez les vieillards et chez l'enfant, par Colrat. (*Lyon méd.*, 3 décembre.) — Anomalie de l'origine de la sous-clavière droite, par Solger. (*Deutsche med. Woch.*, 45, p. 1132.) — Parésie musculaire consécutive à l'artériosclérose, par W. Bieganski. (*Medycyna*, 13.) — Études expérimentales sur la torsion et la forcipressure des artères, par Forgue et Bothezat. [*N. Montpellier Méd.*, 6 (suppl.), p. 973.] — Sur la torsion des artères pour hémostase, par Murdoch. (*Journal Americ. Med. Ass.*, 16 décembre.) — Changements dans les artères saines et le tendon pendant le premier mois après la ligature, par Delépine et Dent. (*Med. Chir. Transact.*, LXXIV, p. 367.) — Plaie de l'artère fémorale, ligature du vaisseau au-dessus et au-dessous, par Gellé. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 675.)

Articulation. — Recherches sur l'étiologie des arthrites soi-disant rhumatismales chroniques, par Max Schueller. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 septembre.) — Pièces pathologiques provenant d'une arthrite déformante, par Courtin. (*Journal méd. Bordeaux*, 31 décembre.) — Ostéo-arthrite avec nodules sous-cutanés, par Pitt. (*London clin. Soc.*, 8 décembre.) — Sur les lésions des articulations par coup de fusil, par Burrell. (*Boston med. Journal*, 12 octobre.) — Des corps articulaires, par Real. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVIII, 1.) — Fragments de cartilage formant corps étrangers articulaires, par Lane. (*Brit. med. j.*, 2 décembre.) — Guérison des raideurs articulaires par l'appareil oscillatoire, par H. Krukenberg. (*Deutsche med. Woch.*, 52, p. 1381.) — De la scapulalgie, par Tillaux. (*Tribune méd.*, 14 décembre.) — De la carie sèche de l'épaule, par Levor. (*Thèse de Strasbourg.*) — Des différentes variétés de l'ankylose du coude ; du choix de l'opération qui leur est applicable et du danger de la récidive

après les résections trop économiques, par NOVÉ-JOSSERAND. (*Rev. de chir.*, décembre.) — Traitement des déformations angulaires de la hanche, par SAYRE. (*Brit. med. j.*, 2 décembre.) — Pathogénie des attitudes par contracture dans la coxalgie, par KŒNIG. (*Cent. f. Chir.*, 30 décembre.) — Guérison paradoxale d'une coxalgie tuberculeuse après un traumatisme opératoire, par GUILLEMOT. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 décembre.) — Sur quelques points pratiques du traitement de la coxalgie, par JUDSON. (*Rev. d'orthopédie*, 1er novembre.) — Notes historiques sur la valeur de la traction dans le traitement des arthrites de la hanche, par JUDSON. (*N.-York med. j.*, 2 décembre.) — Arthrodèse des deux genoux, par KAPFF. (*Beit. zur klin. Chir.*. X, 3.) — Contribution au traitement de la tumeur blanche du genou, par JUDSON. (*Journal Amer. Med. Ass.*, 18 novembre.)

Asphyxie. — Traitement de la mort apparente par les tractions sur la langue, par LABORDE. (*Bull. Acad. Méd.*, 26 septembre.) — Le traitement de la mort apparente des nouveau-nés et en particulier par le procédé de Laborde, par BERNHEIM. (*Nouv. Arch. d'obst.*, septembre-octobre.) — Asphyxie des nouveau-nés ; tractions rythmées de la langue, par BÉCOUR. (*Bull. méd. du Nord*, 22, p. 49.) — Des tractions rythmées de la langue contre l'asphyxie consécutive à la trachéotomie, par MOIZARD, FOURNIER et PRIEUR. (*Union médicale*, 28 novembre.)

Asthme. — Traitement de l'asthme des foins, discussion à la section de laryngologie. (*Pan Americ. med. Cong.*, septembre.) — Pathologie et traitement de la fièvre de foin, par BISHOP. (*Journal Amer. Med. Ass.*, 25 novembre.) — Les cristaux de Charcot-Neumann, par TH. COHN. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1282.)

Astigmatisme. — Recherches expérimentales sur l'influence que l'éloignement de l'œil exerce sur la force réfringente du cylindre correcteur dans les différentes formes d'astigmatisme, par OSWALT. (*Arch. d'opht.*, XIII, 9.

Athétose. — Athétose bilatérale idiopathique, par SANDBERG. (*Deutsche med Woch.*, 47, p. 1233.) — Athétose double cérébrale infantile, par DOUILLET. (*Dauphiné méd.*., octobre.)

Auscultation. — Stéthoscope œsophagien, remarques sur l'auscultation intrathoracique, par SOLIS-COHEN. (*Med. News*, 16 décembre.)

Autoplastie. — Sur quelques nouvelles opérations plastiques, par HERCZEL. (*Wiener med. Presse*, 3, décembre.) — Sur l'autoplastie de la face ave des lambeaux du cou, par W. SAWICKI. (*Gaz. lekarska*, septembre, 38.)

Avortement. — De l'avortement criminel, par LAGUERRE. (*Thèse de Toulouse.*) — Traitement de l'avortement, par CZEMPIN. (*Berlin. klin. Woch.* 6 novembre.)

B

Bactériologie. — Contribution à la technique bactériologique, par M. Lunkewicz. (*Centralbl. f. Bakter.*, XV, p. 42.) — Petites contributions à la technique bactériologique, par J. Marek. (*Ibid.*, XV, p. 112.) — Méthode de culture sur place des anaérobies, par Arens. (*Ibid.*, XV, p. 15.) — La bactériologie dans quelques-unes de ses applications à la chimie, par Percy Frankland. (*Ibid.*, XV, p. 101.) — Un nouveau bacille gazéifiant, par F. Gartner. (*Ibid.*, XV, p. 1.) — Saccharification déterminée par les bactéries, par E. Cavazzani. (*Archiv. Ital. di clin. medica*, 3, p. 477.) — Sur la formation des acides lactiques isomériques par l'action des microbes sur les substances hydrocarbonées, par Péré. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 11.) — Action de divers agents, pression, ozone, sur les bactéries, par d'Arsonval et Charrin. (*Soc. de biol.*, 23 décembre.) — Lésions digestives d'origine bactérienne, par Charrin. (*Ibid.*, 30 décembre.) — Action des substances microbiennes sur les appareils nerveux vaso-dilatateurs chez les animaux vaccinés, par Charrin et Gley. (*Ibid.*, 25 novembre.) — Influence de certaines causes sur la réceptivité ; associations bactériennes, par Galtier. (*Acad. des sc.*, 26 décembre.) — Poisons bactériens, par Hunter. (*Epidem. soc.*, 20 décembre.) — Lois du développement des bactéries appliquées à la chirurgie aseptique, par Reyburn. (*Journal Americ. med. Ass.*, 7 octobre.) — Les microbes et la question sociale, par Gibier. (*Rev. scientif.*, 2 décembre.) — La distribution de la matière organique et des microbes dans le sol, revue par Duclaux. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 12.) — Variations de composition chimique des bactéries résultant du sol nourricier, par Cramer. (*Hyg. Rundschau*, III, 7.) — Sur un streptocoque à courtes chaînettes se cultivant sur pomme de terre trouvé dans le pus d'un abcès pelvien, par Doléris et Bourges. (*Soc. de biol.*, 30 décembre.) — Expériences relatives à l'action de certaines substances anti-septiques sur un microbe de la suppuration, par Ceppi. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre.) — Du streptocoque virulent (streptococcus longus) dans l'eau, par Landmann. (*Deutsche med. Woch.*, 29, p. 700.) — Etude du bacterium radicicola, par Klein. (*Journ. of path. and bacter.*, II, 2.) — Hydropisie d'origine bactérienne, par Hamburger. (*Deutsche med. Woch.*, 42, p. 1009.) — Des propriétés du bacille pyocyanogène en fonction, de la nature de ses aliments, par Charrin et Dissard. (*Soc. de biol.*, 23 décembre.) — De la production colorée du bacille pyocyanique dans la symbiose avec d'autres microorganismes, par Muehsom et Schimmelbusch. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 4.) — De l'utilisation pratique du bacille de la septicémie des souris de Laser, par Hugo Laser. (*Centralbl. f. Bakter.*, XV, p. 33.) — Sur l'équivalence biologique des produits du b. coli et du b. typhique, par Demei et Orlandi. (*Arch. ital. de bio..*, XX, 2 et 3.) — Abces rénal par bacterium coli, par R. Valleggi. (*La Riforma medica*, 16 juin.) — Recherches sur les bactéries de l'eau rappelant les bacilles du choléra, par Dunbar. (*Deutsche med. Woch.*, 33, p. 799.) — Nouveau vibrion des selles diarrhéiques, par Vogler. (*Ibid.*, 35, p. 836.) — Cirrhose atrophique améliorée, infection secondaire, péritonite à pneumocoque sans pneumonie, substitution apparente du bacterium coli au pneumocoque au moment de la mort, par Charrin et Veillon. (*Soc. de biol.*, 30 décembre.) — Procédé rapide de coloration des cils de quelques microorganismes, par

A. Sclave. (*Hyg. Rundsch.*, III, 21, p. 950.) — Recherches sur quelques microbes anaérobies, par Fr. Sanfelice. (*Ibid.*, p. 950.) — Morphologie du bacille charbonneux, par Johne. (*Ibid.*, p. 953.) — Accroissement des bacilles tuberculeux sur milieux végétaux, par Sander. (*Ibid.*, p. 955.) — Bactériologie d'un cas de bronchopneumonie fétide, par A. Alfieri. (*Ibid.*, p. 964.) — Bactériologie de la fièvre aphteuse, par Kurth. (*Ibid.*, p. 965.) — Parasites de l'impaludisme, par Mannaberg. (Vienne.) — Influence des sels neutres sur l'aloxie du sérum, les ferments, les toxalbumines, les hématies et les spores charbonneuses, par H. Buchner. (*Hyg. Rundsch.*, *Ibid.*, p. 970.) — Nouvelles recherches sur les effets bactéricides et globulicides du sérum sanguin, par H. Buchner. (*Ibid.*, p. 972.) — Développement des bacilles cholérique et typhoïdique dans la poudre de lait additionnée d'acides, par Ernst Klipstein. (*Ibid.*, p. 1093.) — Nouvelles recherches sur la production d'hydrogène sulfuré et de mercaptan par les microbes aérobies, par R. Petri et Maassen. (*Ibid.*, p. 1110.) — Bacille capsulé mucipare dans les rhinites atrophiantes, par Ed. Paulsen. (*Ibid.*, p. 1123.) — Etude expérimentale du bacille diphtéritique de Lœffler et de la sérothérapie, par Wernicke. (*Ibid.*, p. 1130.) — Sur la maladie coccidienne du lapin, par A. Baginsky. (*Archiv für Physiologie,* p. 192.) — De l'emploi du vibrio Metschnikowii pour la destruction des spermophiles, par Palmirsky. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, II, 3.)

Bain. — De l'action immédiate des bains froids sur les températures fébriles, par Sigalas. (*Soc. de biol.*, 23 décembre.) — De l'action des bains froids sur les températures fébriles, par Lafarelle. (*Thèse de Bordeaux.* — L'effet des bains minéraux, par Hughes. (*Deutsche med.. Woch.*, 50, p.1343.) — Sur deux types de bains particuliers à l'établissement de Larvik (Norvège), par J.-C. Holm. (*Norsk Magazin*, avril.) — Du danger des bains de Lamalou dans la paralysie générale, par Donadieu. (*N. Montpellier, méd.*, 35, p. 685.)

Bassin. — Du traitement des abcès pelviens, par Maury. (*Americ. j. of obst.*, décembre.) — Les traitements des suppurations pelviennes, par Le Bec. (*France méd.*, 8 décembre.) — Suppurations pelviennes et laparotomie, 19 cas, par Reclus. (*Gaz. des hôp.*, 12 décembre.) — Traitement des abcès ostéiques acétabulaires du bassin, par Schmidt. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 4.) — Tumeur fibro-kystique volumineuse développée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la cavité pelvienne et de la fosse iliaque gauche, énucléation sans hémorragie appréciable, rapports vasculaires avec l'utérus, résection et suture de la séreuse, drainage sous-péritonéal, par Cazenave. (*Soc. anat. Paris*, 24 novembre.)

Bec de lièvre. — Du bec de lièvre et de la gueule de loup, par Annandale. (*Brit. med. j.*, 2 décembre.)

Biliaire. — Influence de la bile sur la digestion par la pepsine, par Belkowski. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIII, 11, p. 726.) — Recherches du chlore dans la bile, par Dagnini. (*Arch. ital. de biol.*, XX, 2 et 3.) — Le sodium et le potassium dans la bile, par Pirri. (*Ibid.*, XX, 2 et 3.) — Antisepsie des voies biliaires et cholélithiase, par L. Galliard. (*La Médecine moderne*, 16 décembre.) — Lithiase biliaire, périhépaticite suppurée, fistule hépatico-bronchique consécutive ; rejet de calculs biliaires par les bronches, mort avec accidents urémiques, par Jayle. (*Soc. anat. Paris*, 20 octobre.) — Formation de calculs biliaires autour de corps étrangers, par Roth. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 septembre.) — Guérison

d'un étranglement interne dû à des calculs biliaires, par W. Koerte. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 septembre.) — Cholécystite purulente provoquée par le bacille d'Eberth, par Gilbert et Girode. (*Soc. de biol.*, 2 décembre.) — Angiocholite et cholécystite typhiques expérimentales, par Gilbert et Dominici. (*Ibid.*, 23 décembre.) — Deux cas d'angiocholite suppurée déterminée par le colibacille, par Dmochowski et W. Janowski. (*Gaz. lek.*, déc., 51 et 52.) — Ictère chronique par rétention biliaire, obstruction du canal hépatique au niveau du hile par un épithélium à cellules cylindriques, dilatation des voies biliaires intrahépatiques, par Bezançon. (*Soc. anat. Paris*, 12 novembre.) — Sur un cas d'épithéliome primitif de la vésicule biliaire, par Brunelle. (*Bul. méd. du Nord*, 16, p. 353.) — Cancer primitif de la vésicule biliaire, lithiase biliaire, absence d'ictère, par Meunier. (*Soc. anat. Paris*, 10 novembre.) — Des avantages de l'entérostomie biliaire dans le cancer de la tête du pancréas avec obstruction du canal cholédoque, par Reclus. (*Semaine méd.*, 20 décembre.) — Sur la chirurgie des voies biliaires, par R. Bukowski. (*Gaz. lek.*, 25-29.) — Cholécystotomie suivie de cholécystentérotomie, par Hurd. (*Boston med. journal*, 19 octobre.) — Cholélithiase, cholécysto-gastrostomie, guérison, par Wickhoff et Angelberger. (*Wiener klin. Woch.*, 18.) — Cholécystodokodénostomie guérie, par Koerte. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 novembre.)

Blennorragie. — Le gonocoque en médecine légale, par Bosc. (*N. Montpellier méd.*, 48 et 49, p. 960 et 972.) — Le gonocoque chez 600 prostituées, par H. Laser. (*Deutsche med. Woch.*, 37, p. 892.) — Quelle est la valeur de la recherche microscopique du gonocoque, par A. Neisser. (*Ibid.*, 29, p. 694.) — Réceptivité de l'urètre et de l'utérus, blennorragie et mariage, par Janet. (*Nouv. archiv. d'obst.*, 25 décembre.) — Deux cas de localisation rare de la blennorragie chronique chez la femme, exclusivement dans l'urètre, par Finger. (*Wiener med. Woch.*, 32.) — Etude anatomique et bactériologique sur l'urétrite blennorragique de l'homme, par Dinkler. (*Arch. f. Dermat.*, XXVI, 2.) — Peut-on avoir la chaudepisse sans le savoir ? par Morel-Lavallée. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, décembre.) — Terrain et microbes, par Picard. (*Ibid.*) — Sur les métastases gonococciennes, par P. Wicherkiewicz. (*Now. lek.*, 4). — L'endocardite blennorragique, par Michaelis. (*Deutsche med. Woch.*, 45, p. 1123.) — Rhumatisme blennorragique dans l'enfance, par Richardière. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 20 octobre, et *Journal de clinique infantile*, 1er novembre. — *Idem*, par Béclère. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 octobre.) — Arthrite blennorragique chez l'enfant, par Vignaudau. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — Urétrite avec arthropathies et myopathies, par Lang. (*Soc. viennoise de Derm.*, 11 janvier.) — Gangrène des deux testicules compliquant une blennorragie, par Bogdan. (*Soc. franç. de dermat.*, 16 novembre.) — Pyélonéphrite blennorragique, par Breitenstein. (*Wiener med. Woch.*, 33, p. 1388.) — De l'anatomie pathologique et de la clinique de la prostatite blennorragique chronique, par E. Finger. (*Wiener med. Wochensch.*, 8, p. 326.) — Diagnostic et traitement de la blennorragie chez l'homme, par Kollmann. (*Deutsche med. Woch.,* 47, p. 1210.) — Traitement de la blennorragie chronique, par Neebe. (*Ibid.*, 46, p. 1188.) — Sur le traitement de la blennorragie aiguë et chronique chez l'homme, par J. Funk. (*Medycyna*, 8 et 33.) — Sur le traitement de la blennorragie par les injections boriquées tièdes, par W. Chrzaszczewski. (*Przegl. lek.*, octobre, 40.) — Thérapeutique médico-chirurgicale de l'orchite blennorragique, par Betancès. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.)

Bouche. — La bouche des sujets qui font des cures mercurielles, étude bac-

tériologique, par A. Ripo. (*La Riforma medica*, 26 octobre.) — Des aphtes, par Landgraf. (*Soc. de laryng. Berlin*, 2 juin.) — Des kystes congénitaux du plancher buccal, par Faure. (*Thèse de Lyon.*) — Carcinome de la muqueuse de la joue, par Brohl. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1289.) — Quelques considérations sur l'extirpation des tumeurs intra-buccales, par Verneuil. (*Gaz. des hôp.*, 9 décembre, et *Bul. Soc. de chir.*, XIX, p. 643.) — Sept opérations pratiquées par la voie génale inférieure, par Maunoury. (*Ibid.*, p. 664.)

Branchies. — D'une malformation typique dans le domaine du premier arc branchial, Melotus, par V. Ranke. (*München. med. Woch.*, 37, p. 689.) — Sur quelques anomalies congénitales d'origine branchiale, par Masas. (*Med. News*, 2 décembre.)

Bronche. — Les infections bronchiques, par Comby. (*La Médecine moderne*, 13 décembre.) — Epidémie zuricoise du printemps 1893 (catarrhe respiratoire par poussières atmosphériques), par Goll. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er octobre.) — La bactériologie des broncho-pneumonies, par H. Villard. (*N. Montpellier méd.*, 6 [suppl.], p. 1002.) — Caractères cliniques et traitement des bronchites infectieuses, par Huchard. (*Rev. gén. de clin.*, 42, p. 659.) — Des hémoptysies non tuberculeuses dans la dilalation des bronches, par Marciguey. (*Ibid.*, 42, p. 655.) — Recherches sur les bronches dans certaines formes d'infection hémorragique ; duodénite hémorragique, par Babes. (*Roumanie médicale*, août.) — Pathologie et symptomatologie de la bronchite aiguë et de la broncho-pneumonie, par Dodge. (*Journal americ. med. Ass.*, 9 décembre). — Thérapeutique des bronchites, par Love. (*Ibid.*, 9 décembre.)

Brûlure. — Contribution à la pathogénie des brûlures, par W. Reiss. (*Przegl. lek.*, 6-7.) — De la pathogénie de la mort par brûlure, par Hock. (*Wiener med. Wochenschr*, 17. p. 737.) — Sur le traitement local des brûlures, par T. Faytt. (*Gaz. lek.*. 6.)

C

Cadavre. — Sur la diffusion des poisons et des matières colorantes dans les cadavres humains, par Wachholz. (*Przegl. lek.*, 32.)

Cancer. — Notes sur l'histologie du cancer et les corps parasitaires qu'on y trouve, par Cattle. (*Journ. of path. and bact.*, II, 3.) — Résultats d'inoculation de fragments de tissus atteints de maladie de Paget et de coccidies, par d'Arcy Power. (*Ibid.*, II, 2.) — De la réaction du carcinome, par Adamkiewicz. (*Wiener med. Woch.*, 30, p. 1,291.) — De la question du cancer, par Adamkiewicz. (*Fortschr. der. Med.*, XI, 12, p. 485.) — Réponse aux remarques de Adamkiewicz, par Schimmelbusch. (*Ibid.*, XI, 13, p. 529.) — Les corpuscules à fuchsine de W. Russell, par E. Rossi. (*Riforma med.*, 11 novembre.) — Quelques remarques sur le cancer, par K. Chelchowski. (*Gaz. lek.*, 28.) — Parasites dans le cancer, par Nepveu. (*Arch. de méd. exp.*, VI, 1 et *Acad. des sc.*, 4 décembre.) — De la multiplicité des tumeurs malignes, par Schönheimer. (*Deut. med. Woch.*, 15.) — Quelques observations sur les métastases des cancers dont le siège primitif est les organes

génitaux de la femme, par GRUNBAUM. (*Przegl. lek.*, 27.) — De l'élimination des chlorures chez les carcinomiteux, comparée à l'absorption, par SCHÖPP. (*Deut. med. Woch.*, 46, p. 1,155.) — Suie dans les cellules d'un cancer des ramoneurs, par SPENCER. (*Med. chir. Transact.*, LXXIV, p. 59.) — De l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers des organes du petit bassin et de l'abdomen, par SPINELLI. (*Riv. clin. e terap.*, 8.) — Deux cas de cancer (lèvre, palais et amygdales) guéris par opération, par BERGMANN. (*Berl. klin. Woch.*, 26 juin.) — Contribution au traitement de l'épithélioma par la résorcine, par M. CRISPO. (*Riv. clin. e terapeutica*, 7, p. 348.)

Cartilage. — Chondrofibrome des 2e, 3e et 4e métacarpiens droits, par PERREGAUX. (*Bull. Soc. anat. Paris*, 28 juillet.) — Enchondrome du 3e orteil du pied gauche et du 3e doigt de la main gauche jadis fracturé, par ORRILLARD. (*Soc. anat. Paris*, 10 novembre.)

Cellule. — Étude de la phagocytose, recherches expérimentales, par MODICA. (*Accad. gioneia di sc. natur. in Catania*, VII, 4.) — Réponse à quelques critiques au sujet de la théorie des phagocytes, par METCHNIKOFF. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 1.) — Les nouveaux travaux sur la cellule, par VALDEYER. (*Berl. klin. Woch.*, 30 octobre.) — La pathologie cellulaire et les théories de l'immunité, par BARD. (*Gazette hebd. Paris*, 16 décembre.)

Cerveau. — Sur le développement des prolongements de la pie-mère dans les scissures cérébrales, par VALENTI. (*Arch. ital. de biol.*, XX, 2 et 3.) — La vacuolisation de la cellule nerveuse de l'écorce cérébrale, par CAMPBELL. (*Journ. of path. and bact.*, II, 3.) — Recherches expérimentales sur les cellules araignées du cerveau, par GOODALL. (*Ibid.*) — De l'origine phylogénétique des centres corticaux et de l'appareil olfactif, par ÉDINGER. (*Berl. klin. Woch.*, 28 août.) — Sur l'origine corticale et le trajet intra-cérébral des fibres de l'étage inférieur du pied du pédoncule, par DÉJERINE. (*Soc. de biol.*, 30 décembre.) — De la richesse du cerveau en fibres médullaires, par KAES. (*Arch. f. Psychiat.*, XXV, 3.) — Les fonctions du cerveau, par WARNOTS. (In-8°, Bruxelles.) — Contribution à la détermination clinique et à la localisation des troubles du sens musculaire dans le cerveau, par ANTON. (*Zeitschr. f. Heilk.*, 4, p. 313.) — De l'hyperthermie consécutive aux lésions de l'axe cérébro-spinal, par GUYON. (*Thèse de Paris*, 21 déc.) — Présentation d'un chien hémidécérébré, par CONTEJEAN. (*Soc. de biol.*, 16 décembre.) — Sur l'hyperesthésie et les douleurs d'origine cérébrale, par E. BIERNATZKI. (*Gaz. lek.*. 7 8.) — Du diagnostic des maladies du cerveau et de la moelle avec hémiparésie spasmodique des extrémités, par HIRSCH. (*Arch. f. Psychiat.*, XXV, 3.) — Sur le graphique de la marche dans quelques maladies de l'axe cérébro-spinal, par TUSA. (*Arch. ital. di clin. med.*, 3, p. 458.) — Hémi-anesthésie et ataxie par lésion du pont de Varole, par BROWN. (*Lancet*, 9 décembre.) — Un cas d'aphasie motrice, par KOSTENITSCH. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IV, 5 et 6.) — Hémorragie cérébrale bilatérale héréditaire chez un jeune homme de 25 ans, par BERNARD. (*Soc. anat. Paris*, 15 décembre.) — Hémorragie traumatique dans le noyau du facial, par ASCHER. (*Berl. klin. Woch.*, 26 juin.) — Paralysie bulbaire unilatérale, par WIENER. (*N. York neurol. Soc.*, 5 décembre.) — Hémorragie bulbo-protubérantielle, par MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, 10 décembre.) — Hémorragie protubérantielle, tuberculose rénale, par CHAVANNAZ. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 novembre.) — Forme rare de paralysie cérébrale infantile, par W. KŒNIG. (*Deut. med. Woch.*, 42, p. 1,014.) — Diplégie céré-

brale spasmodique infantile, par Peterson. (*N. York neurol. Soc.*, 5 déc.) — Du traitement de l'hémiplégie de cause cérébrale par les courants induits, par Delaporte. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sclérose cérébrale. Autopsie, par Mouseaux et Variot. (*Journ. de clin. infantile*, 15 nov.) — De l'encéphalite aiguë hémorragique, par Ch. Patru. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 9, p. 560.) — Hémiplégie croisée par gomme du lobe temporal droit, par Gwalter. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — Un cas de chirurgie cérébrale, par Crickx. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 novembre.) — Un cas de contusion cérébrale sans blessure du crâne, par Zeller. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 5 et 6.) — Observation de compression du cerveau, par Harrington. (*Med. News.*, 23 décembre.) — Traitement chirurgical de l'hydrocéphalie congénitale, par Vautrin. (*Gaz. hebd. Paris*, 14 octobre.) — Hydro-encéphalocèle occipitale, encéphalome, par Témoin. (*Arch. prov. de chir.*, III, 1.) — Lésion traumatique de la 3e circonvolution frontale gauche, guérison, par de Léséleuc. (*Journ. sc. méd. Lille*, 6 octobre.) — Abcès du cerveau, par Lathuraz. (*Lyon méd.*, 10 décembre.) — De la présence des cristaux de Charcot dans le pus d'un abcès cérébral, par Mya. (*Lo sperimentale*, p. 421, 30 septembre.) — Abcès cérébral idiopathique; hémiplégie gauche; hémianopsie latérale gauche; paralysie de l'oculo-moteur commun droit; apyrexie, par Specker. (*Rev. méd. de l'Est*, 20, p. 625.) — Abcès du cerveau, par Lichtheim. (*Deut. med. Woch.*, 46, p. 1,186.) — Hématome sus-dure-mérien; hémiplégie droite; contracture de l'avant-bras; aphasie; trépanation; guérison, par Paulin. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er septembre.) — Discussion à l'Association britannique sur le traitement des tumeurs cérébrales. (*Brit. med. j.*, 23 décembre.) — Chirurgie cérébrale, extirpation d'une tumeur, par Richardson. (*Americ. j. of med. sc.*, décembre.) — Gliosarcome des ganglions craniens, par Peterson. (*N. York neurol. Soc.*, 5 décembre.) — Tumeur du corps pituitaire, par Reymond. (*Soc. anat. Paris*, 15 décembre, Tumeur cérébrale de la région motrice de l'écorce, par Sahli. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 août.) — Tumeur du lobule paracentral, par Audéoud. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 12, p. 753.)

Cervelet. — L'écorce du cervelet, par Falcone. (*Arch. ital. de biol.*, XX, 2 et 3.) — Diagnostic des tumeurs cérébelleuses, par Ashby. (*Practitioner*, décembre.) — Kyste du cervelet diagnostiqué pendant la vie, par Krause. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 30 septembre.)

Césarienne (Opération). — Trois cas d'opération césarienne, par Herman. (*Lancet*, 16 décembre.) — Opération césarienne dans un cas de cancer du col, enfant vivant, mort de la mère au cinquième jour, par Cullingworth. (*Lancet*, 2 décembre.) — Sur une opération césarienne d'après la méthode de Porro et un bassin ankylosé avec rétrécissement oblique, par R. Brodtkorb. (*Norsk Magazin*, septembre.) — Sur l'opération césarienne, par A. Rosner. (*Przegl. lek.*, 9-10.) — Opération césarienne dans un cas d'ostéomalacie très accusée, par Seeligmann. (*Deut. med. Woch.*, 44, p. 1,088.) — Opération de Porro chez une naine rachitique avec suites heureuses pour la mère et l'enfant, par Barriera. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Opération césarienne chez une naine, succès pour la mère et l'enfant, par Wyder. (*Corr. Bl. schw. Aerzte*, 15 juillet.) — Trois nouvelles opérations césariennes conservatrices pratiquées à la Maternité de Liège avec succès pour la mère et l'enfant, par Charles. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, 7, p. 617.) — Opération césarienne pour un monstre gémellaire, guérison, par Croston. (*Boston med. Journ.*, 21 décembre.) — Contribution à la section césarienne, par M. Cercha. (*Gaz. lek.*, août-sep-

tembre, 37-38.) — Sur la section césarienne, par A. Czyzewicz. (*Przegl. lek.*, octobre-novembre, 44-46.)

Chancre. — Un mot sur les inoculations de la sécrétion des chancres mous avec de l'eau oxygénée, par Z. Krowczynski. (*Medycyna*, 1.) — Expériences sur l'inoculation de la sécrétion des chancres mous, par Unna. (*Ibid.*, 11.) — Expériences sur l'action prophylactique de l'eau oxygénée dans l'inoculation de la sécrétion des chancres mous, par M. Swiastkiewicz. (*Ibid.*, 12.) — Etude bactériologique sur le chancre mou et le bubon chancreux, par Dubreuilh et Lasnet. (*Arch. clin. Bordeaux*, octobre.) — Etude bactériologique du chancre mou et du bubon, par Lasnet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur une épidémie de chancres mous, par Dubreuilh. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 décembre.) — Méthode pratique pour faire bactériologiquement le diagnostic du chancre mou, par Nicolle. (*Gaz. méd. Paris*, 23 décembre.) — Le traitement du chancre mou par la chaleur selon la méthode de Welander. (*Wien. med. Woch.*, 40, p. 1,617.) — Chancre mou serpigineux guéri par l'excision, par G. Berg. (*Deut. med. Woch.*, 48, p. 1273.)

Charbon. — Développement du charbon chez le lapin d'après les tableaux microscopiques du foie et de la rate, par Werigo. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 1.) — Le charbon des rats, par Kurt Meller. (*Fortschritte der Med.*, 6 à 15.) — Recherches sur l'influence des extraits de thymus et de testicules sur l'infection charbonneuse, par Gramatchikoff (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 12.) — La destruction du virus charbonneux sous la peau des animaux sensibles, par Sanarelli. (*Ibid.*) — Un cas de charbon humain, par Goldschmidt. (*Münch. med. Woch.*, 39, p. 729.) — Cas de charbon, par Römer, (*Deut. med. Woch.*, 48, p. 1283.) — Pustule maligne de la face ; relation d'un cas, par Wyman. (*Boston med. Journ.*, 26 octobre.)

Chirurgie. — Du choc chirurgical, par Noble. (*N. York med. j.*, 9 décembre.) — Chirurgie sans drainage, par L. Bœckel. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er septembre.)

Chlorose. — De l'étiologie de la chlorose, par Meinert. (*Wien. med. Woch.*, 41, p. 1663.) — Sur l'origine intestinale de la chlorose, par L. Vanni. (*Il Morgagni*, septembre.) — Sur quelques troubles respiratoires dans la chlorose, par Leoncini. (*Thèse de Paris*, 21 décembre.)

Choléra. — Les théories de la propagation du choléra, par J. Arnould. (*Rev. d'hyg.*, XV, 8, p. 696.) — Arrêté royal belge du 30 juillet 1893, ordonnant la déclaration obligatoire des cas de choléra. (*Mouvement hyg.*, IX, 8, p. 392.) — Texte de la Convention sanitaire internationale de Venise. (*Ibid.*) — Texte de la Convention sanitaire internationale de Dresde. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, VI, *Supplément*, 178.) — Mesures administratives prises en France contre le choléra en 1892, par Henri Monod. (*Rev. d'hyg.*, XV, 11, p. 968.) — Etat présent du choléra, par P. Sperling. (*Hyg. Rundsch.*, III, 17, p. 808.) — Microbes du choléra asiatique, par A. Stuker et Burri. (*Zeit. f. Hyg. und Infektion.*, XIV.) — Le choléra, par Ernst Barth. (*Breslau*, 1893.) — Recherches sur l'immunité, par A. Wassermann. (*Zeit. f. Hyg. und Infection.*, XIV et *Hyg. Rundsch.*, p. 975.) — Nature de l'immunité cholérique, par R. Pfeiffer et A. Wassermann. (*Ibid.*, p. 976.) — Infection cholérique intra-péritonéale des cobayes, par G. Sobernheim. (*Hyg. Rundsch.*, III, 22, p. 997.) — Choléra à Hambourg en 1892, par M. von Pettenkofer. (*Arch. f. Hyg.*, XVIII.) — Le vibrion du choléra asiatique,

par P. Friedrich. (*Arbeit aus d. k. Gesundheitsamt.*, VIII et *Hyg. Rundsch*, 23, p. 1046.) — Leçons sur le choléra, par Brousse. (*Montpellier.*) — Description du choléra à Kolo, par Dabczynski. (*Gaz. lek.*, novembre, 46.) — Les bacilles cholériques recherchés dans les déjections, par Schottelius. (*Deut. med. Woch.*, 31, p. 737.) — Réponse à Schottelius à propos des bacilles du choléra, par R. Koch. (*Ibid.*, 31, p. 739.) — Réponse à la réponse de Koch, par Schottelius. (*Ibid.*, 33, p. 801.) — Diagnostic des bacilles du choléra par les plaques d'agar, par Schiller. (*Ibid.*, 27, p. 639.) — Le diagnostic bactériologique du choléra, par A. Jœger. (*Ibid,*, 30, p. 729.) — La question de l'immunité et la sérothérapie anticholérique, par Pawlowsky et Buchstale. (*Ibid.*, 27, p. 640.) — Nouveau milieu de culture pour les bacilles du choléra, par G. Deycke. (*Ibid.*, 37, p. 888.) — La vie des bacilles cholériques dans l'eau sous l'influence de la dessication et de l'humidité, par Gamaleia. (*Ibid.*, 51, p. 1350.) — De quelques découvertes sur l'examen des matières suspectes au point de vue du choléra, par B. Fischer. (*Ibid.*, 23, p. 541.) — Diagnostic bactériologique rapide du choléra, par Zobolotny. (*Ibid.*, 51, p. 1353.) — Le diagnostic du choléra par les lamelles d' agar, par Freymuth et Lickfett. (*Ibid.*, 52, p. 1389.) — Des cas de choléra à l'hôpital Friedrichshain en 1893, par Balster. (*Ibid.*, 38, p. 913.) — M. Liebreich et le rouge du choléra, par L. Brieger. (*Ibid.*, 33, p. 800.) — C. Flugge et la prophylaxie du choléra, par C. Gunther. (*Ibid.*, 34, p. 817.) — Le lavage du tube digestif (diaclysme) chez les cholériques, par A. von Genersich. (*Ibid.*, 41, p. 1005.) — Historique de la genèse du choléra à Havelberg en octobre 1893, par Mueller. (*Berl. klin. Woch.*, 20 novembre.) — Du choléra, par Happe. (*Ibid.*, 20 novembre.) — Choléra contracté au laboratoire, par A. Lazarus. (*Ibid.*, 18 décembre.) — Des conditions dans lesquelles la durée de la vie des bacilles cholériques s'allonge, par J. Uffelmann. (*Ibid.*, 18 septembre.) — De la soi-disant réaction rouge cholérique, par Oscar Liebreich. (*Ibid.*, 6 novembre.) — Relation d'une épidémie de choléra, par Mairet et Bosc. (*N. Montpellier méd.*, 6 [suppl.] p. 883.) — De la crise urinaire dans le choléra, par Carrieu. (*Ibid.*, 40 et 42, p. 788 et 825.) — Relation d'une épidémie de choléra en Bretagne en 1892, par Pompidor. (*Thèse de Paris*, 21 décembre.) — Origine et dissémination du choléra dans la Pologne russe en 1892, par O. Bujwid. (*Zeit. f. Hyg. u. Infektions* XIV et *Hyg. Rundsch.*, III, p. 870.) — Le choléra de Hambourg envisagé dans ses causes et effets, par L. von Halle et G. Koch. (*Hyg. Rundsch.*, III, p. 845.) — Les cours sur le choléra à l'Office sanitaire d'Empire, par R. J. Petri. (*Berlin.*) — La discussion sur le choléra au Congrès de Wiesbaden, par G. Frank. (*Hyg. Rundsch,*, III, p. 660.) — Le filtrage de l'eau et le choléra, par Koch. (*Berl. klin. Woch.*, 11 septembre.) — Note sur quelques cas de choléra observés au cours de l'épidémie de 1893, à Montpellier, par H. Chatinière. (*N. Montpelier méd.,* 33, p. 645.) — Sur un moyen facilitant la découverte des virgules cholériques dans de l'eau, par S. Poniklo. (*Przegl. lek.*, 8.) — Sur deux nouvelles espèces de virgules dans l'eau, par O. Bujwid et W. Orlowski. (*Medycyna*, 12.) — Sur l'état actuel de la question sur l'étiologie et la propagation du choléra asiatique, par K. Krokiewicz. (*Przegl. lek.*, 4-6.) — L'épidémie cholérique de l'automne 1891 à Bâle, par Hagenbach. (*Corr. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 septembre.) — Des rapports du bacille virgule de Koch avec le choléra asiatique, par Franz. (*Der Militärartz*, 11, p. 84.) — Recherches sur la virulence, sur le contenu en azote et sur le pouvoir immunisant réciproque du bacille du choléra suivant sa provenance, par de Giaxa et Lenti. (*Ann. de microg.*, septembre.) — Comment faire le diagnostic bactériologique probable du choléra, par Marot. (*Presse méd.*, 23 décembre.) — De l'immunité con-

tre le choléra conféré par le lait de chèvres vaccinées, par KETSCHER. (*Arch. de méd. exp.*, V, 6.) — Sur l'étiologie, la prophylaxie et le traitement du choléra, par M. NENCKI. (*Gaz. lek.*, 2.) — Choléra infantile, son traitement dans les pays à malaria. par SCHNECK. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 16 décembre.) — Prophylaxie du choléra, par SHEPARD. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1er novembre.) — En temps de choléra. Avis et conseils, par BANTI. (*Lo sperimentale*, p. 341, 15 août.) — Mesures sanitaires prises à Hambourg pendant l'épidémie cholérique de 1892, par HEYSE. (*Deut. milit. Zeit.*, 6.) — Prophylaxie du choléra, par BROUARDEL. (*Bull. Acad. de méd.*, 19 septembre.)

Chorée. — Anatomie pathologique de la chorée chronique progressive héréditaire, par OPPENHEIM et HOPPE. (*Arch. f. Psychiat.*, XXV, 3.) — Chorée après la scarlatine, genèse de la chorée, par ROTHSCHILD. (*Arch. f. Kind.*, XVI, 1 et 2.) — Du traitement de la chorée par les hautes doses de quinine, par DORLAND et POTTS. (*Journal. Americ. med. Ass.*, 16 décembre.)

Choroïde. — Etude du sarcome [choroïdien, par BASSO. (*Ann. di ottalm.*, XXII, 4.)

Cicatrice. — Histologie d'une chéloïde, par AUDRY. (*Midi méd.*, 26 novembre.)

Circulation. — Le sphygmographe comme instrument de précision, par HAMMOND. (*N. York med. j.*, 18 novembre.)

Climat. — La cure d'air à Leysin, par LAUTH. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 11, p. 720.) — Stations climatériques de l'ouest et du sud-ouest, par WETHERILL. (*Med. News*, 16 décembre.) — Influence du climat et du sol sur la civilisation ancienne, par HILGARD. (*Archiv f. Physiologie,* p. 194.)

Cœur. — Contribution à l'anatomie comparée et à la physiologie du cœur, par S. DOGIEL. (*Medycyna*, novembre, 44.) — Sur la structure de la substance interfasciculaire des muscles papillaires du cœur, par BROWICZ. (*Gaz. lek.*, 31.) — Sur la manière dont les ventricules du cœur se réunissent chez l'homme adulte, par E. PRZEWOSKI. (*Gaz. lek.*, 24.) — Anatomie et physiologie du cœur, par KOESTER. (*Deutsche med. Woch.*, 49, p. 1314.) — La percussion du cœur à l'état normal, par LEO. (*Ibid.*, 47, p. 1230.) — Le problème du choc cardiaque et le cardiogramme, par F. MARTIUS. (*Ibid.*, 29, p. 685.) — Faits de dissociation fonctionnelle des différentes parties du cœur, par GLEY. (*Soc. de biol.*, 30 decembre.) — Les facteurs neuro-musculaires et circulatoires dans les maladies du cœur, par MORISON. (*Practitioner*, décembre.) — Quelques effets de la ligature des artères coronaires, par MICHAELIS. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIV, 3 et 4.) — L'influence de la composition des liquides nutritifs sur les fonctions du cœur de la grenouille, par ALBANESE. (*Archiv. di farmac.*, 22, 673.) — De l'auscultation du cœur dans l'attitude relevée, par QUINSON. (*Thèse de Bordeaux.*) — Quelques remarques sur le choc du cœur, par V. FREY. (*Münchener med. Woch.*, 46, p. 866.) — Influence insolite des mouvements respiratoires sur l'intensité des souffles cardiaques organiques ; absence de renforcement du second bruit de l'artère pulmonaire, par L. PELLEGRINI. (*La Riforma medica,* 18 octobre.) — Abaissement des battements du cœur dans la station verticale et disparition d'un souffle, par L. PELLEGRINI. (*Ibid.*, 17 octobre.) — La réaction acide qualitative du suc gastrique après le repas dans les affections organiques du cœur, par T. TESSARI. (*Il Morgagni*, octobre.) — Le pouls veineux et hépatique et la contraction

arythmique des cavités cardiaques, par Mackenzie. (*Journ. of path. and bacter.*, II, 3.) — Du souffle de la pointe, par Duroziez. (*France méd.*, 15 décembre.) — Le cœur faible, par Herz. (*Wiener med. Wochenschr.*, 44 et 45.) — Bruit bullaire produit par les mouvements cardio-aortiques, par Regaud. (*Lyon med.*, 31 décembre.) — Evolution et pronostic des myocardites chroniques, par Rigal. (*Semaine méd.*, 27 décembre.) — Sur l'état réticulé du myocarde dans l'asystolie chronique, par Letulle. (*Soc. anat. Paris*, 8 décembre.) — Un cas de fragmentation primitive du ventricule gauche, par Aufrecht. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIV, 3 et 4.) — De la fragmentation du cœur, par Oestreich. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 octobre.) — Pathologie de la dégénérescence fibreuse du cœur, 21 cas, par Steven. (*Journ. of path. and bacter.*, II, 2.) — Sur les œdèmes dans l'emphysème pulmonaire et dans les maladies du cœur, par Glibowski. (*Nowiny lek.*, 7-8.) — Athérome, insuffisance cardiaque, asystolie, ulcère simple de l'estomac, infarctus fibreux du poumon, éruption bromique varioliforme, par Hanot et Boix. (*Arch. gén. de méd.*, décembre.) — Du rétrécissement mitral, par Clark. (*Lancet*, 2 décembre.) — Les précordialgies, étude séméiologique sur les douleurs de la région du cœur, par Chevillot. (*Thèse de Paris*, 30 décembre). — L'asystolie nerveuse, par Huchard. (*Rev. gén. de clin.*, 39, 609.) — Cyanose, rétrécissement de l'artère pulmonaire, communication interventriculaire, persistance du trou de Botal, absence du canal artériel, par Boquel. (*Soc. anat. Paris*, 15 décembre.) — De l'abus du diagnostic : communication interventriculaire, par Duroziez. (*France méd.*, 39, p. 609.) — Sur une stérose de l'artère coronaire du cœur avec pouls réduit à 8 pulsations par minute, par Kr. Freng. (*Norsk Magazin*, juillet.) — Insuffisance tricuspidienne avec double lésion mitrale, par Popoff. (*Berl. klin. Woch.*, 15 mai.) — Affection mitrale et tuberculose, par Potain. (*Rev. gén. de clin.*, 48, p. 753.) — Sur l'insuffisance pulmonaire relative dans le rétrécissement mitral, par Pawinski. (*Gaz. lek.*, 20.) — Sclérose mitrale. Traitement de la fin de la période de tolérance, par Constantin Paul. (*Tribune méd.*, 4 janvier.) — De l'insuffisance aortique fonctionnelle, par Serullaz. (*Thèse de Lyon.*) — Insuffisance aortique ; crépitation au même foyer ; double souffle crural, par L. Pellegrini. (*Riforma medica*, 18 octobre.) — Insuffisance aortique, angine de poitrine et dilatation cardiaque, par Potain. (*Journal des Praticiens*, 50, p. 781.) — Deux cas de mort subite par hémorragie intra-péricardique, par Fraser. (*Lancet*, 2 décembre.) — Péricardite hémorragique dans le cours d'une péritonite tuberculeuse, paracentèse du péricarde, mort 3 mois après par tuberculose abdominale, par Audéoud. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, p. 314.) — Péricardite calleuse, par L. Pellegrini. (*La Riforma medica*, 17 octobre.) — Endocardite rhumatismale aiguë, par Potain. (*Semaine méd.*, 29 novembre.) — Variétés cliniques et pathogènes des endocardites infectieuses, par Pineau. (*Thèse de Paris*, 7 décembre.) — Endocardite infectieuse à streptocoques, gangrène sèche du membre inférieur gauche, par Bezançon. (*Soc. anat. Paris*, 8 décembre.) — Thérapeutique physiologique du cœur, par Sée. (In-8°, 473 p., *Paris.*) — Traitement des accès de tachycardie, par Rosenfeld. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 mai.) — De la saignée dans le traitement des engorgements et dilatations du cœur droit, par Atkinson. (*Therapeutic Gazette*, 15 novembre.) — Du traitement des maladies chroniques du cœur par les bains et la gymnastique, par Babcock. (*Journal Americ. med. Ass.*, 11 novembre.) — Luxation du cœur dans la cavité pleurale, par Boxall. (*Harveian Soc.*, 2 novembre.) — Rupture spontanée du cœur, par Deane. (*Australian med. j.*, XV, 9.) — Sur un cas de myxome du cœur, par Robin. (*Arch. de méd. exp.*, V, 6.)

Conjonctive. — De la conjonctivite hypertrophique pernicieuse et de son traitement, par WILLIAMS. (*Journal Americ. med. Ass.*, 28 octobre.) — Epidémie de conjonctivite pseudo-membraneuse, par CHEVALLEREAU. (*France méd.*, 22 décembre.) — Contagion du trachome, ophtalmie granuleuse, par TRUC. (*Semaine méd.*, 13 décembre.) — Sur le ptérygion, pathogénie et traitement, par ROUX. (*Thèse de Lyon.*) — Cas anormal d'ulcération de la conjonctive et de la sclérotique, par HOLTHOUSE. (*London opht. hosp. Rép.*, XIII, 4.) — Tuberculose de la conjonctive, par PREGEL. (*Wiener med. Wochenschr.*, 9.) — Conjonctivite tuberculeuse rapidement guérie par frictions de glycérine iodoformée, par PFLUEGER. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 août.) — Leucosarcome de la conjonctive, par BLOCH. (*Prager med. Woch.*, 20 décembre.) — Dégénérescence hyaline de la conjonctive, par VOSSIUS. (*Deutsche med. Woch.*, 45, p. 1134.) — Marche à suivre dans la question du trachome, par DERBLICH. (*Der Militärartz*, 6, p. 45.) — Le traitement du trachome par le sublimé, par SCHREIBER. (*Wiener med. Wochenschr.*, 39.) — Traitement des conjonctivites chroniques, par PETERS. (*Deutsche med. Woch.*, 46, p. 1183.) — La thérapeutique de la conjonctivite granuleuse, par VIGNES. (*Journal des Praticiens*, 52, p. 810.) — Traitement de la conjonctivite granuleuse, par BLUBAUGH. (*Journal Americ. med. Ass.*, 14 octobre.) — De la désinfection du sac conjonctival, par LAGRANGE. (*Ann. policl. Bordeaux*, novembre.) — Contribution à la thérapeutique occulaire. Traitement des conjonctivites et des kératites ulcéreuses, par Carl MELLINGER. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 août.)

Coqueluche. — La coqueluche: nouvelles remarques, par J. RITTER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1154, 20 novembre.) — Coqueluche compliquée de convulsions, coma et hémiplégie gauche durant une quinzaine, par ZIMMER. (*Rev. méd. Suisse romande*, II, p. 730.) — Du tubage dans la coqueluche, par TAUB. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVII, 1.) — Le traitement de la coqueluche par la quinine, par P. BARON. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 novembre.) — De la coqueluche, son traitement par l'antipyrine et la résorcine, par SOULA. (*Thèse de Toulouse.*)

Cornée. — Un cas rare d'herpès circiné de la cornée, par GANNETTASIO. (*Ann. di ottalm.*, XXII, 4.) — Kératite ponctuée superficielle, par HOOR. (*Wiener med. Wochensch.*, 5, p. 195.) — Etudes cliniques et anatomiques sur la kératite filamenteuse et sur quelques affections cornéennes transformées, par C. HESS. (*Graefe's Arch.*, XXXIX, 2.) — Revue critique de la kératite parenchymateuse; quelle part revient à la syphilis et aux autres causes de cachexie dans l'étiologie de cette maladie, par GANDAR. (*Thèse de Lyon.*) — Des taches ponctuées sur la face postérieure de la cornée, par VIDAL. (*Thèse de Lyon.*) — Sur les opacités transversales secondaires de la cornée, par USHER. (*London opht. hosp. Rep.*, XIII, 4.) — Sur les ulcérations de la cornée, par BANE. (*Journal Americ. med. Ass.*, 4 novembre.)

Corps étrangers. — Corps étrangers du larynx, thyrotomie sans trachéotomie préalable, par MARSH. (*Brit. laryng. Assoc.*, 8 décembre.) — Aiguille dans le larynx, ablation avec la pince, par MASINI. (*Gaz. degli. ospitali*, 5 août.) — Un cas de corps étranger du larynx, par HOPKINS. (*Boston med. Journal*, 26 octobre.) — Un procédé de recherche par un instrument électrique d'un tube à tubage tombé au-dessous du larynx, par BLEYER. (*N. York med. record*, 16 décembre.) — Rupture de l'œil et corps étranger du sinus maxillaire, par JAMES. (*Brit. med. j.*, 2 décembre.) — Corps

étrangers du nez, par Martin. (*Rev. de laryng.*, 1er décembre.) — Expulsion spontanée d'un corps étranger introduit dans le globe de l'œil, par J. Bugge. (*Norsk Magazin*, mars.) — 3 cas d'esquilles de fer extraites de l'œil par un puissant électro-aimant, par Haab. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er octobre.) — Résultats de l'emploi de l'électro-aimant dans l'extraction des corps étrangers de l'œil ; rapport de 10 cas, par Barck. (*Journal Americ. med. Ass.*, 12 octobre.) — Sur les corps étrangers pouvant séjourner dans le globe de l'œil sans y provoquer des troubles; observations, par Johnson. (*Ibid.*, 12 octobre.) — Déglutition d'une aiguille, par H. Wunderli. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre.) — 2 cas d'œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage, par Roux. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 11, p. 727.) — Sur les corps étrangers de l'œsophage et de la trachée, par Cheever. (*Boston med. journal*, 12 octobre.) — Sur la présence dans l'estomac d'un morceau de sonde long de 33 centimètres, par Stockfleth (*Norsk Magaz.*, septembre.) — 1° Aiguille extraite du sein, 2 heures après l'accident; oxydation de la surface et cheminement de 7 centimètres. 2° Aiguille extraite après plusieurs années du bras d'une jeune fille au début d'une inflammation sous-cutanée causée par ce corps étranger. 3° Pointe d'une aiguille longue de 3 à 4 millimètres, enfoncée dans le doigt, introuvable au toucher et décelée par l'aimantation, par Kummer. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 456.) -- Elimination par ostéo-périostite accidentelle d'une pointe de couteau séjournant dans le front depuis plusieurs années, par Kummer. (*Ibid.*. XIII, 455.) — Sur les corps étrangers de l'urètre ; observation de l'homme à la corde nouée dans l'urètre : urétrostomie périnéale, par Mennessier. (*Thèse de Lyon.*) — Corps étrangers de l'urètre et de la vessie, par Prochnow. (*Deutsche med. Woch.*, 38, 1262.) — Corps étranger de l'utérus, par Morestin. (*Soc. anat. Paris*, 29 décembre.) — Sur la résorption des corps insolubles dans les séreuses, par A. Bek. (*Przegl. lek.*, septembre-octobre, 36-40.)

Crâne. — Les crânes helvétiques, par Bannwart. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte,* 15 octobre.) — La déformation artificielle de la tête dans la région toulousaine, par Ambiolet. (*Thèse de Toulouse.*) — Difformité du crâne, par von Rindfleisch. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 novembre.) — Ossification irrégulière du crâne, par Lang. (*Soc. viennoise de dermat.*, 11 janvier.) — Chute sur l'os pariétal droit, épanchement sanguin, sous-dure-mérien et contusion du cerveau sans fracture, par Binaud et Bousquet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 décembre.) — Exostose du crâne, perforation de la boîte cranienne, perte de substance de la dure-mère au point correspondant chez une femme n'ayant aucun accident syphilitique, par Isidor. (*Soc. anat. Paris*, 22 décembre.) — Nécrose syphilitique des os du crâne, par Sick. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1284.) — Crâne totalement scalpé, guérison par les greffes de Thiersch, par Riegner. (*Cent. f. Chir.*, 16 décembre.) — Fracture bilatérale de l'os temporal, par Vulpius. (*Archives of otology*, XXII, 4.) — Fracture du crâne compliquée, par Moeller. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1284.) — La craniectomie circulaire, par Fritz Dumont. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre.) — Microcéphalie héréditaire ; nouveau procédé de craniectomie, par Kocher. (*Ibid.*, 1er août.) — De la craniectomie chez les microcéphales, par Phillippon. (*Thèse de Lyon.*) — Résection temporaire du crâne, par Kolaczek. (*Deutsche med. Woch.*, 44, p. 1083.)

Crétinisme. — Sur l'étiologie et le traitement du crétinisme et des pseudocrétinismes, par Gary. (*Thèse de Bordeaux.*) — Crétinisme traité avec suc-

cès par les injections hypodermiques d'extrait thyroïdien et l'ingestion de glandes thyroïdes, par CARMICHAEL. (*Journal de clinique infantile*, 29 novembre).

Criminel. — Quelques causes sociales du crime, par MASSENET. (*Thèse de Lyon.*) — Contribution à l'anthropométrie de l'oreille des criminels par HANS DAAE. (*Norsk Magazin*, août.)

Cristallin. — Anatomie pathologique de la capsule du cristallin, par VIGUIER. (*Thèse de Bordeaux.*) — Les rapports des maladies générales avec la formation de la cataracte, par de SCHWEINITZ. (*N. York med. j.*, 16 décembre.) — Examen histologique d'un cas de cataracte double, par PETERS. (*Deuts. med. Woch.*, 46, p. 1182.) — Uvéite chronique avec cataracte secondaire, par PFLUEGER. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 août.) — Observation de cataracte noire, extraction, analyse spectroscopique, par GILLET DE GRANDMOND. (*Arch. d'opht.*, XIII, 5.) — De l'état actuel de l'opération de la cataracte, par v. HIPPEL. (*Münchener med. Woch.*, 36, p. 669.) — Sur l'opération de la cataracte sans iridectomie sur l'œil atropinisé, par J. MUTTERMILCH. (*Gaz. lek.*, septembre, 36.) — Recherches sur l'extraction simple de la cataracte, par MITVALSKY. (*Wiener med. Wochenschr.*, 29.) — Opération de la cataracte avec rétracteur de l'iris, par VALK. (*N. York med. j.*, 28 octobre.) — Sur l'opération de la cataracte sans iridectomie, par E. MACHEK. (*Przegl. lek.*, 1-2.) — Prolapsus de l'iris après l'opération de la cataracte; guérison, par PELTESOHN. (*Deutsche med. Woch.*, 44, p. 1088.) — Les indications du traitement de la cataracte par la discision, par A. MOOREN. (*Ibid.*, 36, p. 857.) — Du traitement de la cataracte, par BETTMAN. (*Journal Amer. med. Ass.*, 4 novembre.) — Un cas d'opération de la cataracte chez un nègre âgé soi-disant de 116 ans, par SMITH et TRAVIS. (*Ibid.*, 4 novembre.) — Prophylaxie des accidents post-opératoires dans la cataracte, par PANAS. (*Bull. Acad. méd.*, 10 octobre.) — De l'urée après les opérations de la cataracte, par SOUS. (*Journ. d'ocul. Bordeaux*, novembre.) — Luxation symétrique congénitale des deux cristallins en haut et en dehors, par TAYLOR. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 4 novembre.) — Un cas de colobome congénital du cristallin par persistance de tissu embryonnaire par BAAS. (*Klin. Monatsbl. f. Angenheilk.*, août.) — Colobome symétrique des deux cristallins, par CHIBRET. (*Rev. gén. d'opht.*, XII, 11.)

Croissance. — Etude sur la courbe de croissance et sur les variations dn poids de l'homme, par ARTHAUD. (*Progrès médical*, 23 novembre.)

Cysticerque. — Du cysticerque dans la peau de l'homme, par LEWIN. (*Arch. f. Dermat.*, XXVI, 1.) — Cysticerques cutanés chez un malade atteint de ténia solium, par ARENDT ; — *Idem*, par KIRSTEIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 juin.) — Cysticerques du cerveau, par LANDOWSKI. (*Soc. anat. Paris*, 20 octobre.)

D

Démographie. — La mortinatalité à la clinique Baudelocque, par LENIEF. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — Mouvement démographique des villes allemandes comptant au moins 15.000 habitants en 1891, par A. WÜRSBURG.

(*Hyg. Rundsch.*, III, p. 658.) — Démographie de Würzbourg, par J. Roeder. (*Ibid.*, III, 15, p. 694.)

Dent. — Des malformations dentaires chez le singe, par Regnault. (*Soc. de biol.*, 25 novembre.) — Des anomalies dentaires de nombre, par Barillet. (*Union méd. du Nord-Est*, 9 et 10.) — Des maladies de la dentition, par Thrasher. (*Journal Americ. med. Ass.*, 16 décembre.) — Traitement par le médecin des fluxions d'origine dentaire, par Hugenschmidt. (*Bull. méd.*, 6 décembre.) — Accidents muqueux de la dent de sagesse, par Dunogier. (*Journal méd. Bordeaux*, 5 novembre.) — Hystérie et opérations dentaires, par Lemarié. (*L'Odontologie*, juin.) — Sur les hémorragies après l'extraction des dents et leur traitement, par W. Sawicki. (*Gaz. lekarska*, octobre, 43-44.) — Un cas de déchirure de l'artère et du nerf dentaires inférieurs à la suite de l'extraction d'une dent, par Röse. (*Münch. med. Woch.*, 44, p. 830.)

Désinfection. — L'appareil de désinfection dans les ménages, par Paunwitz. (*Deutsche med. Woch.*, 51, p. 1364.) — Comparaison des propriétés désinfectantes du lysol et du saprol pour les matières fécales, par Richard Anschütz. (*Thèse Rostock.*) — Les conditions nécessaires pour une véritable désinfection par la vapeur et les avantages du système par le vide avec condensation et alternances de pression, par H. Rohrbeck. (*Hyg. Rundsch.*, III, p. 650.) — Quelques considérations pratiques sur l'étuve sèche comme agent antiseptique, par Motais. (*Bull. Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, II, 4, p. 338.)

Diabète. — Du diabète pancréatique clinique et expérimental, par Schabad. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIV, 1 et 2.) — Contribution au diabète pancréatique, par Albert Seeliz. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 octobre.) — Contribution à l'anatomie pathologique du diabète, pas de lésions du pancréas, par Sandmeyer. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 4, p. 381.) — Le réflexe patellaire dans le diabète, par Grube. (*Neurol. Centralb.*, 15 novembre.) — Diabète à évolution lente, par Worms. (*Bull. Acad. Méd.*, 5 décembre.) — Du diabète sucré, par Kallay. (*Wiener med. Wochenschr.*, 11.) — Du diabète sucré, par Heffter. (*Schmidt's Jahrbücher*, CCXLI, 1.) — La forme grave de la glycosurie et le traitement diabétique, par R. Schmitz. (*Deutsche med. Woch.*, 27, p. 648.) — La glycosurie des diabétiques, par Lenné. (*Ibid.*, 35, p. 838.) — Étude clinique et expérimentale de l'intoxication diabétique, par Huchard. (*Rev. gén. de Clin.*, 44 et 45, p. 707.) — Sur les troubles mentaux dans le diabète, par S. Jerzykowski. (*Nowiny lek.*, 7.) — Signification de l'acétonurie dans le pronostic du diabète, par F. Hirschfeld. (*Deutsche med. Woch.*, 38, p. 914.) — La nutrition chez les diabétiques, par Borchardt et Finkelstein. (*Ibid.*, 41, 989.) — L'oxalurie dans le diabète sucré, par H. Kisch. (*Ibid.*, 28, p. 673.) — Glycosurie due au chloralamide, par Manchot. (*Ibid.*, 46, p. 1188.) — Diabète sucré avec émission de 23 litres d'urine, de 1,495 grammes de sucre et 140 d'urée, par Sahli. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 août.) — L'amblyopie diabétique, par Mauthner. (*France méd.*, 10 novembre.) — Augmentation de l'uroptyaline dans le diabète insipide, par J. Bendersky. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1184, 27 novembre.) — Le benzosol dans le diabète, par Paul Palma. (*Ibid.*, 13 novembre.) — Action de l'arsenic sur le diabète expérimental, par Baldi. (*Archiv. di farmac.*, 15 et 16, pp. 449 et 481.) — Traitement du diabète dans ses formes avancées, par Grube. (*Lancet*, 30 décembre.) — L'ural dans le diabète, par Corselli et Pollaci. (*Arch. di farmac. e terapeutica*, I, 16, 489.) — Indications

thérapeutiques et traitement de l'intoxication diabétique, par Huchard. (*Rev. gén. de Clin.*, 47, p. 722.) — Traitement du diabète sucré par les pilules de myrtille et la piperazine, par J. Gruber. (*Centralblalt. f. Therapie*, septembre.)

Diphtérie. — Traité pratique de la diphtérie et son traitement, par Martin. (*Londres*, 1894.) — Sur le diagnostic bactériologique de la diphtérie et son importance pratique, par Peter F. Holst. (*Norsk Magazin*, avril.) — Contribution expérimentale à la connaissance du bacille de Lœffler et à la sérothérapie, par Wernicke. (*Arch. f. Hyg.*, XVIII.) — La fausse membrane diphtérique, par Charrière. (*Thèse de Toulouse.*) — Sur le diagnostic de la diphtérie, par Culbertson. (*Journal Americ. med. Ass.*, 4 novembre.) — Diagnostic différentiel de l'angine diphtérique, par Feer. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte,* 15 septembre.) — Étiologie et traitement de la diphtérie, par J. Ritter. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1180, 27 novembre.) — Diphtérie de la gorge, des narines et des oreilles ; moules membraneux des conduits auditifs, par Treitel. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 août.) — Quelques travaux nouveaux sur la diphtérie, par H. Kossel. (*Deutsche med. Woch.*, 46, p. 1165.) — Un cas d'hémiplégie post-diphtérique, par Edgren. (*Ibid.*, 39, p. 864.) — Hémiplégie diphtérique, par Donath. (*Neurol. Centralb.*, 15 juillet.) — Diphtérie de l'estomac, par Fenwick. (*London path. Soc.*, 19 décembre.) — Ulcère gastrique expérimental, par toxine diphtérique, par Enriquez et Hallion. (*Soc. de biol.*, 23 décembre.) — Pseudo-diphtérie ou fausse membrane de la gorge, par White. (*Journ. of laryng.*, décembre). — Prophylaxie de la diphtérie, par Smith ; traitement de la diphtérie, par Vaxham. (*Journ. Americ. med. Ass.,* 2 décembre.) — Observations sur des cas isolés de diphtérie, par Dixon. (*Ibid.*) *Idem,* par Dunmire. (*Ibid.*) — Quelques réflexions sur le traitement de l'angine diphtérique, par Variot. (*Journal de médecine infantile,* 8 novembre.) — Du traitement de l'angine diphtérique (acide chromique ; 2e statistique : 33 cas, 4 morts), par Lescure. (*Rev. int. de rhinol.*, 25 novembre.) — Du traitement de la diphtérie, par Godfrey. (*Journal Americ. Med. Ass.*, 16 décembre.) — Traitement local sous-membraneux de la diphtérie de la gorge, par Seibert. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVII, 1.) — Traitement de la diphtérie par le stérésol, par Nogué. (*Journ. de clin. inf.*, I, 7.) — Pyoctanine dans la diphtérie, par Hœring. (*Memorabilien*, 19 octobre.) — De l'emploi de la térébenthine, spécialement dans la diphtérie, par Frölich. (*Münch. med. Woch.,* 31, p. 984. — Du bichlorure de mercure dans le traitement de la diphtérie, par Mc Gahan. (*Journal. Americ. Med. Ass.*, 18 novembre.) — Le traitement causal de la diphtérie, par Klebs. (*Wiener med. Wochensch.*, 25.) — Tubage et trachéotomie dans le croup, par Johnson. (*Journ. Americ. Med. Ass.,* 25 novembre.) — De la position du malade dans le traitement du croup, par Guelpa. (*Journ. de méd. Paris*, 24 décembre.) — 5 cas de croup guéris par trachéotomie, par Keller. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.)

Dysenterie. — Nouvelle étude bactériologique des selles dans la dysenterie nostras épidémique, par Bertrand et Baucher. (*Gaz. hebd. Paris*, 6 octobre.) — Lésions rencontrées sous le microscope dans des cas de dysenterie épidémique, par Chaltin et Henrotay. (*Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, p. 211, octobre.) — 2 cas de dysentérie amibienne, par Quincke. (*Berlin. klin. Woch.,* 2 octobre.) — Du simarouba dans la dysenterie chronique, par Noaillu. (*Thèse de Bordeaux.* — L'écorce de racine de grenadier dans la dysenterie, par Grœser. (*Deutsche med. Woch.*, 40, p. 983.)

E

Eau. — Le service des eaux de l'agglomération bruxelloise, par Th. Belval. (*Mouvem. hygién.*, IX, n° 8, p. 365.) — Extension du service des eaux de l'agglomération bruxelloise, par Félix Putzeys. (*Ibid.*, n° 8, p. 375.) — Rapport de la commission instituée par le gouverneur du Brabant. (*Ibid.*, X, n° 1, p. 32.) — Programme et questionnaire de l'enquête sur les eaux instituée par le gouvernement belge. (*Ibid.*, IX, n° 10, p. 470.) — Analyse chimique et bactériologique des eaux de la Seine de Corbeil à Rouen, par Ch. Girard et F. Bordas. (*Ann. d'hyg. pub.*, XXX, n° 3, p. 193.) — 6 cas de fièvre typhoïde par eau de citerne contaminée, par Rabot. (*Ibid.*, n° 4, p. 300, octobre.) — Réaction des nitrites de Schaeffer dans l'examen des eaux potables, par Ch. M. van Deventer et B.-H. Juergens. (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft*, XXVI.) — Congélation des conduites, par C. Flach. (*Hyg. Rundsch.*, n° 19, p. 882.) — Examen des eaux distribuées à Berlin ; absorption du plomb par les eaux de source, par B. Proskauer. (*Zeits. f. Hyg.*, XIV.) — Examen chimique et bactériologique de l'eau de puits de Dorval, par Th. Zimmermann. (*Thèse Dorpat.*) — Résultats de l'analyse de l'eau dans 37 puits de la ville de Lublin, par Idzikowski, Orlowski et Pekoslawski. (*Medycyna*, 7.) — Examens bactérioscopiques et chimiques des eaux de puits à Dorpat, par A. Brasche. (*Thèse Dorpat.*) — Même sujet, par E. Seegrön. (*Thèse Dorpat.*) — L'eau distribuée à Berlin. Discussion de la section d'hygiène de la Société silésienne pour l'avancement patriotique. (*Hyg. Rundsch.*, III, p. 588.) — La distribution d'eau potable de Lichtenberg près Berlin, par G. Anklamm. (*Ibid.*, III, p. 858.) — Le projet d'extension du service des eaux de l'agglomération bruxelloise de Putzeys, par T. Belval. (*Mouvement hygién.*, IX, 7, p. 309.) — Remarques sur l'action des filtres, par O. Bujwid. (*Medycyna,* 28.) — Sur l'examen des eaux des puits, par L. Nencki et W. Trztcinski. (*Gaz. lek.*, 25.) — Sur un moyen d'empêcher la liquéfaction de la gélatine par les colonies bactériennes fluidifiantes dans l'analyse bactériologique quantitative des eaux, par G. Roux. (*Lyon méd.*, 24 décembre.) — Principes de l'appréciation hygiénique de l'eau, par Max Gruber. (*Deutsche Viertelj. f. œff. Gesundh.*, XXV, 415.) — Etude bactériologique de l'eau de la ville de Châlons-sur-Marne, par Maljean. (*Union méd. du Nord-Est*, 9 et 10.) — Note sur la recherche des protozoaires et des spirilles dans l'eau potable, par M. W. Beyerinck. (*Centralbl. f. Bakter.*, XV, p. 10.) — L'alimentation en eaux potables de la ville de Berne, par Tavel. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre.) — Le filtre de Berkefeld, en usage dans la distribution d'eaux potables de Bâle, par Feer. (*Ibid.*, 15 septembre.) — Sur l'emploi pour l'alimentation des eaux souterraines ferrugineuses, par E. Roosenboom. (*Hyg. Rundsch.*, III, 15, p. 671.) — Désinfection des eaux d'égout, par Pfuhl. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 décembre.)

Eaux minérales. — Etude sur les eaux minérales du Puy-de-Dôme, par Ducros. (*Thèse de Montpellier.*) — Etude sur les eaux minérales sulfatées, chlorurées, sodiques, froides d'Ydes (Cantal), par Béal. (*Thèse de Paris*, 28 décembre.) — Sur l'application des eaux minérales au traitement des maladies de l'appareil digestif, par H. Pacanowski. (*Medycyna*, 1.) — Observations faites aux eaux de Sandefjord (Norvège), par E. Poulsson.

(*Norsk. Magazin*, avril.) — Etude climatologique, hydrologique et thérapeutique de Bagnères-de-Luchon, par RACINE. (*Thèse de Toulouse.*)

Eclampsie. — Etiologie et pathologie de l'éclampsie puerpérale, par VINAY. (*Arch. gén. de méd.*, décembre.) — Etude critique de la pathogénie de l'éclampsie et de son traitement, par ANDRÉ. (*Thèse de Bordeaux.*) — Eclampsie au huitième mois et demi de la grossesse, effets de l'eau lithinée de Buffalo dans le traitement consécutif, par BALL. (*N. York med. j.*, 18 novembre.) — Sur l'éclampsie puerpérale, par CUNNINGHAM. (*Boston med. journal*, 26 octobre.) — Eclampsie chez une femme de 22 ans avortant au cinquième mois, inefficacité du chloroforme, mort par néphrite hémorragique aiguë, par HELD-WEGMANN. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte* 15 octobre.) — Essai d'un traitement rationnel de l'éclampsie, par BERNHEIM. (*La Médecine moderne*, 15 novembre.)

Eczéma. — Eczéma marginé d'Hebra, par IMMERMANN. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er avril.) — De la fréquence annuelle de l'eczéma, par H. SCHULTHESS. (*Ibid.*, 1er septembre.) — Eczéma névrotique réflexe, par HOLSTEN. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVIII, 1.)—Pityriasis rubra ou eczéma chronique, par BRUEK. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 décembre.) — Traitement de l'eczéma, par E. SAALFELD. (*Ibid.*, 11 décembre.)

Electricité. — Recherches récentes sur l'électricité faradique, par ENGELMANN. (*Americ. j. of med. sc.*, décembre.) — Rôle de l'électricité dans les phénomènes de la vie, par SOLVAY. (*Rev. scientif.*, 16 décembre.) — Les effets physiologiques des courants de haute tension, par HEDLEY. (*Lancet*, 9 décembre.) — De l'action bactéricide du courant continu, par BURCI et FRASCANI. (*Arch. ital. de biol.*. XX, 2 et 3.) — Méthode hydro-électrique, par LARAT. (*Bulletin méd.*, 29 novembre.) — Deux cas d'hydarthroses aiguës, rhumatismale et goutteuse, guéris par l'électricité galvanique, par MASSY. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 novembre.) — De l'action de l'électrothérapie dans les paralysies par compression du nerf radial, par REMAK. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IV, 5 et 6.) — L'électricité, moyen de diagnostic en gynécologie, par HOUDART. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — De l'action du courant continu ou électrolyse négative intra-uterine dans l'aménorrhée, par LABBÉ. (*Rev. gén. de Clin.*, 39, p. 620.) — D'une nouvelle lampe électrique pour exploration, par WINCKLER. (*München. med. Woch.*, 36, p. 674.)

Embryologie. — Histologie de l'amnios et du cordon ombilical, par LANGE. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVIII, 1.) — Sur le cœloma externe et sur le magma réticulé dans l'embryon humain, par GIACOMINI. (*Arch. ital. de biol.*, XX, 2 et 3.)

Empoisonnement. — Traité des intoxications, par Rudolph KOBERT. (*Stuttgart.*) — Les associations toxiques, par MODINOS. (*Soc. de biol.*, 23 décembre.) — Un cas d'empoisonnement par les baies de belladone, par DIVET. (*Bull. Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, II, 4, p. 270.) — Tentative d'empoisonnement, suicide par ingestion de dix centigrammes de sulfate d'atropine, par FAHM. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 septembre.) — Empoisonnement accidentel par l'ingestion de 12 milligrammes d'aconitine cristallisée ; guérison, par VEIL. (*France méd.*, 39, p. 610.) — Contribution à la connaissance de l'empoisonnement par les champignons, par INOKO. (*Fortschr. der Med.*. XI, 11, p. 444.) — De l'empoisonnement chronique par le tabac et l'alcool, par VAS. (*Arch. f. exper. Pathol.*, XXXIII,

2.) — 4 cas d'empoisonnement accidentel (1 mort) par le colchique, par W. Odermalt. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Un cas de surdité à la suite d'intoxication par l'oxyde de carbone, par Kayser. (*Wiener med. Wochenschr.*, 41, p. 1665.) — Sclérose en plaques consécutive à l'intoxication par l'oxyde de carbone, par E. Becker. (*Deutsche med. Woch.*, 24, p. 574.) — Relation d'un cas d'empoisonnement par le gaz d'éclairage, par E. Guillié. (*Ann. d'hyg. publ.*, 3e série, XXIX, 364.) — Empoisonnement mortel par la benzine, par Kelynack. (*Med. Chronicle*, novembre, et *Gaz. méd. Paris*, 18 nov.) — Des accidents de l'antipyrine, par Gourin. (*Thèse de Paris*, 28 décembre.) — Un cas d'empoisonnement mortel avec une faible dose d'antipyrine chez un enfant de 18 mois, par F. Arnstein. (*Gaz. lek.*, 17.) — Intoxication par l'exalgine, par H.-J. Vetlesen. (*Norsk Magazin,* août.) — Un cas d'empoisonnement par la vanille, par White. (*Boston med. Journal,* 2 novembre.) — Paralysie par sulfure de carbone, par M. Block, Leyden, Rubinstein. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 octobre.) — Suicides par l'acide phénique, par Langerhans et Heyse. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 octobre.) — Un cas d'intoxication aiguë par l'acide phénique, par Rumbold. (*Wiener med. Wochenschr.*, 34, p. 1417.) — Lésions des voies respiratoires et des poumons dans l'intoxication phéniquée, par Langerhans. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1256.) — Etude clinique des intoxications consécutives à l'usage antiseptique de l'acide phénique, par Casasus. (*Thèse de Paris*, 14 décembre.) — Etude de l'empoisonnement arsenical, par Gumprecht. (*Deut. med. Woch.*, 5.) — Empoisonnement mortel par l'hydrogène arsenié, par Martin. (*Med. Chronicle*, XIX, 2.) — Empoisonnement par le zinc, par Z. Czajkowski. (*Gaz. lek.*, 21.) — Dégénération de la moelle épinière dans l'empoisonnement expérimental par le phosphore, par R. Quérieri. (*La Riforma medica*, 11 novembre.). — Iodoformisme, accidents consécutifs à l'emploi de l'iodoforme, par Guérin. (*Thèse de Paris*, 28 décembre.) — Observations toxicologiques (trouble visuel par nitrate d'argent ; 2° absorption rapide d'acide sulfurique ; 3° prétendu corps peptoné de l'urine du chien empoisonné par phosphore ; 4e lésions produites par l'ammoniaque et le nitrite de soude), par Erich Harnack. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 novembre.)

Enfant. — Sur quelques récents progrès en pédiatrie, par Jennings. (*Journal americ. med. Ass.*, 2 décembre.) — Recherches anatomiques et physiologiques sur la circulation des nouveau-nés, par Strassmann. (*Arch. f. Gynaek.*, XLV, 3.) — Etude sur la mortalité des nouveau-nés placés en nourrice, par Ledé. (*Bull. Acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 18 octobre.) — Affections des nourrissons causées par la galactophorite de la nourrice, par Damourette. (*Thèse de Paris*, 21 décembre.) — Des manifestations cutanées dues aux vices de nutrition chez les enfants, par Millon. (*Thèse de Paris*, 21 décembre.) — Maladies infantiles par suralimentation, par Eloy. (*Rev. gén. de clin.*, 41, p. 645.) — De l'importance de l'élimination dans les affections zymotiques des enfants, par Work. (*Journal americ. med. Ass.*, 9 décembre.) — Les états asphyxiques chez les nourrissons, par P. Meyer. (*Deutsche med. Woch.*, 36, p. 861.) — L'alimentation des nourrissons à Berlin, par H. Neumann. (*Ibid.*, 48, p. 1294.) — Du goût chez les enfants en bonne santé et rachitiques, par Lichtenstein. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVII, 1.) — Hémorragie cérébrale chez les nouveau-nés, par Bar. (*Journal des praticiens*, 54, p. 835.) — Pseudo-méningite grippale chez l'enfant, par Lévêque. (*Thèse de Paris*, 14 décembre.) — Deux cas particuliers de méningite tuberculeuse, par Mertz. (*Deut. med. Woch.*, 9.) — Sur un nouveau cas de pseudo-paralysie des nouveau-nés envahissant les quatre membres et rapidement guérie, par Ferreira. (*Progrès*

médical, 21 octobre.) — Polyomyélite antérieure aiguë infantile, 75 cas, par GALBRAILTH. (*Americ. j. of Obst.*, décembre.) — Deux cas de tabes spasmodique infantile, par d'ESPINE. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, p. 384.) — Des fausses paraplégies chez les garçons hystériques, par SIMON. (*Bull. méd.*, 17 décembre.) — Affection congénitale du cœur chez un enfant dont la mère eut pendant sa grossesse un rhumatisme articulaire aigu grave, par KUHN. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Les affections organiques du cœur chez l'enfant, par SIMON. (*Médecine moderne*, 22 novembre, et *Gaz. des hôp.*, 7 décembre.) — Cas de tuberculose dans l'enfance (3 cas peu probants de tub. congénitale), par GOLDSCHMIDT. (*Münch. med. Woch.*, 52, p. 1001.) — De la valeur diagnostique de la réaction de l'indican dans la tuberculose infantile, par FAHM. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVII, 2.) — Des inflammations du poumon chez les petits enfants, par MILLER. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVII, 2.) — Pneumonie migratrice mortelle chez un enfant avec vésicules digitales renfermant des pneumocoques, par PÉGAITAZ. (*Revue méd. Suisse romande*, XIII, 499.) Infection pleuro-pulmonaire intra-utérine, par LEGRY. (*Soc. anat. Paris*, 22 décembre.) — Empyème double chez un enfant de 3 semaines, double opération, mort, par CASSEL. (*Deutsche med. Woch.*, 32, p. 768.) — Pathogénie de la bronchite chez les enfants, par CHRISTOPHER, CARTER, PARSONS. (*Journal americ. med. Ass.*, 9 décembre.) — Etiologie de la septicémie gastro-intestinale chez les nourrissons, par R. FISCHL. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 novembre.) — Cas de tuberculose primitive de l'intestin chez l'enfant, par Oscar WYSS. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 novembre.) — Entéroclyse dans la diarrhée d'été des enfants, par MÜLLER. (*Therap. Gaz.*, août.) — De la dilatation congénitale et de l'hypertrophie du gros intestin, par HENOCH. (*Jahrb. f. Kinderh.*. XXXVII, 1.) — Gastro-entérite grave chez un enfant de 12 mois; amélioration rapide par les bains frais, par PRIS. (*Normandie méd.*, 1er novembre.) — Bactériologie dans deux cas de melœna des nouveau-nés, par GARTNER. (*Arch. f. Gynaek.*, XLV, 2.) — Etude sur l'ictère des nouveau-nés, par SCHMIDT. (*Ibid.*) — De l'exanthème cholérique chez l'enfant, par KOCH. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVII, 1.) — Indicanurie chez les enfants, par Mlle DJOURITCH. (*Thèse de Paris*, 7 décembre.) — Nature de quelques hémorragies des nouveau-nés, par BAR. (*Rev. gén. de clin.*, 48, p. 754.) — Note sur un cas de gastrorragie chez un nouveau-né au premier jour de la naissance, par LORANCHET. (*Gaz. hebd. Paris*, 16 septembre.) — Un cas de polyarthrite progressive infantile, par HAUSHALTER. (*Revue médicale de l'Est*, 1er octobre.) — Du goitre exophtalmique chez l'enfant, par V. STARCK. (*Jahr. f. Kinderh.*, XXXVII, 1.) — Un cas de scorbut chez l'enfant avec hémorragies sous-périostiques, par REHN. (*Ibid.*, XXXVII, 1.) — Du rhumatisme chez les enfants et de son traitement, par SIMON. (*Bull. méd.*, 6 décembre.) — Papillomes verruqueux des paupières chez un enfant, verrues multiples des mains, auto-inoculation probable, par VARIOT et LAZARD. (*Journal de clinique infantile*, 13 décembre.) — Deux cas de traumatisme du crâne de l'enfant dans l'utérus de la mère, par OPIELINSKI. (*Nowiny. lek.*, 5.) — Les éléments de diagnostic du mal de Pott chez l'enfant, par WHITMAN. (*Rev. d'orthopédie*, 1er novembre.) — Fracture du crâne avec enfoncement chez un enfant, trépan, guérison, par JOHNSON. (*Med. News*, 18 novembre.) — Fistule entéro-ombilicale diverticulaire chez un nouveau-né, par GAMPERT. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, p. 356.) — Opération pour appendicite chez un enfant de 3 ans, par THOMAS et COMTE. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 12, p. 777.) — Les vulvo-vaginites chez les petites filles au point de vue clinique et médico-légal, par SIMON. (*Revue méd. de l'Est*, 23, p. 712.) — Tuberculose génitale chez une fillette de 12 ans, par

Péron. (*Soc. anat. Paris*, 20 octobre.) — Eclampsie chez l'enfant, suivie de hernie du cæcum dans l'aine, par Feurer. (*Corr.-Blatt f. schw. Aerzte*, 1er mai.) — Sur la cure radicale des hernies de la première enfance, par Remy. (*Journ. de clin. inf.*, I, 7.) — Cure radicale de hernie chez un enfant de 29 mois, par Guelliot. (*Ibid.*, 27 décembre.) — Sur l'inflammation des bourses synoviales chez l'enfant d'origine syphilitique, par B. Komorowski. (*Gaz. lekarska*, octobre, 43.) — Cancer chez les enfants, par Barbier. (*Bourgogne méd.*, octobre.) — Fœtus du huitième mois avec gros myxome sacré laissant sortir un bras (fœtus in fœtu), par Wyder. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 juillet.) — Tumeur maligne (sarco-épithéliome) du testicule chez un enfant de 6 ans, par Reboul. (*Marseille médical*, 1er septembre.)

Epilepsie. — Epilepsie jacksonienne par autointoxication d'origine gastrique, par Cristiani. (*Riv. sper. di freniat*,. XIX, 4.) — L'épilepsie tardive, par E. Mendel, (*Deutsche med. Woch.*, 44, p. 1106.) — Epilepsie et démence, par O. Bley. (*Ibid.*, 52, p. 1375.) — Tremblement saltatoire post-épileptique, par Paschales. (*Prager med. Woch.*, 6 décembre.) — Un cas d'épilepsie guéri, par Rosner. (*Wiener med. Wochenschr.*, 48.) — Un cas d'épilepsie consécutive à une lésion cardiaque, par Rosin. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 octobre.) — Diagnostic des épilepsies symptomatiques, par Pascault. (*Rev. gén. de clin.*, 44, p. 697.) — Traitement de l'épilepsie, par Lemoine. (*Ibid.*, 40, p. 626.) — Sur le traitement de l'épilepsie, par de Renzi. (*Riv. clin. e terapeutica*, 8, p. 393.) — Emploi du borax dans l'épilepsie, par Welch. (*N. York med. j.*, 25 novembre.) — Trente cas d'épilepsie traités par les injections sous-cutanées de liquide testiculaire, par Bourneville et Cornet. (*Progrès médical*, 9 décembre.) — Sur la résection du nerf sympathique comme traitement de l'épilepsie, par J. Bogdanik. (*Przegl. lek.*, 7.) — Sur la ligature et la résection des artères vertébrales et sur la résection du nerf sympathique comme traitement de l'épilepsie essentielle, par R. Baracz. (*Przegl. lek.*, 21-24.) — Sur l'action du traitement de Pasteur chez les épileptiques, par E. Germano et C. Colucci. (*La Riforma medica*, 19 octobre.) — Epilepsie traumatique guérie par la trépanation, par Willems. (*Deutsche med. Woch.*, 51, p. 1362.) — Traitement de l'épilepsie par les injections d'extrait nerveux, par Gibier. (*Med. soc. county of N. York.*, 25 décembre.)

Epithélioma. — De la dégénérescence épithéliomateuse du cuir chevelu, par Poret. (*Thèse de Lyon.*) — De l'épithélioma épidermique, par Tommasoli. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVIII, 4.)

Eruption. — Des éruptions médicamenteuses, par Caspary. (*Arch. f. Dermat*, XXVI, 1.) — Les éruptions médicamenteuses, par Thibierge. (*Rev. gén. de clin.*, 41, p. 641.) — Eruptions bromiques et iodiques, par Crocker. (*Brit. med. j.*, 2 décembre.) — Eczéma universel causé par la gaze iodoformée, par W. Odermalt. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — De l'herpès zoster consécutif à l'administration de l'arsenic. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 octobre.)

Erysipèle. — Sur la morphologie des streptocoques de l'érysipèle, par J. Ziemacki. (*Przegl. lek.*, 20.) — L'érysipèle à récidives multiples et sa prétendue atténuation, par Juhel-Rénoy. (*La Médecine moderne*, 4 novembre.) — Du traitement de l'érysipèle, par Köster. (*Cent. f. klin. Med.*. 23 septembre.) — Du traitement de l'érysipèle par la pommade à la lanoline, vaseline et sublimé et le sulfate de quinine, par Rado du Matz. (*Thèse de Bordeaux.*)

Erythème. — Erithème induré scrofuleux, par Patteson. (*Brit. j. of dermat.*, novembre.) — Eruptions érythémateuses anormales, par Kaposi. (*Soc. Vien. de dermat.*, 19 avril.) — Erythème iris chronique généralisé, par Neumann. (*Ibid.*, 11 janvier.) — Erythème noueux dans le cours d'une infection purulente, par L. Brodier. (*Médecine moderne*, 9 septembre.) — Note sur quatre cas d'érythèmes polymorphes ou scarlatiniformes, desquamatifs d'allures épidémiques, par Le Gendre. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 novembre.) — Erythème bulleux symétrique du front et des poignets revenant chaque mois chez un jeune garçon, par Lassar. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 décembre.)

Estomac. — Le rôle de l'acide lactique dans la digestion stomacale, par Jones. (*Med. News*, 30 décembre.) — Sur l'examen quantitatif de l'HCl du contenu de l'estomac, par Thomsen. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXV, 26.) — Action de l'acide lactique sur le chimisme stomacal, par Gilbert et Dominici. (*Soc. de biol.*, 16 décembre.) — Fonctions de l'estomac, par Moritz. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 septembre.) — Nouvelle méthode pour l'analyse qualitative et quantitative de l'acide lactique dans le contenu gastrique, par Boas. (*Deutsche med. Woch.*, 39, p. 940.) — Appareil aspirateur simple pour lavage de l'estomac, par K. Friedliele. (*Ibid.*, 51, p. 1353.) — La sécrétion continue du suc gastrique, par F. Riegel. (*Ibid.*, 31, p. 735.) — La sécrétion continue du suc gastrique., par J. Schreiber. (*Ibid.*, 29, p. 692.) — Influence des dissolvants sur la rapidité de la résorption dans l'estomac, par A. Flaum. (*Gaz. lek.*, 19.) — Stéatose expérimentale de la muqueuse gastrique, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, 29 décembre.) — Une obs. de chien sans estomac, par Carvallo et Pachon. (*Soc. de biol.*, 25 novembre.) — De la dilatation de l'estomac, par Broadbent. (*Brit. med. j.*, 2 décembre.) — Un cas de gastroptose, par Homen et Schauman. (*Finska läkar. handlingar*, XXXV, 11.) — Un déplacement de l'estomac dans les deux sexes, par Bourget. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 11, p. 721.) — Des gastropathies nerveuses, par Lacomme. (*Thèse de Toulouse.*) — Les faux cardiaques dyspeptiques, par Bucquoy. (*Rev. gén. de clin.*, 40, p. 625.) — Atonie de l'estomac, par Friedenwald. (*Med. News*, 23 décembre.) — Maladie de Reichmann, tétanie, mort, par de Luna. (*Marseille médical*, 24, p. 666.) — Les méprises entre les maladies de l'estomac et celles de l'intestin, par G. Sée. (*Bull. Acad. méd.*, 26 décembre.) — Sur le chimisme de l'ulcère de l'estomac, par G. Sée. (*Ibid.*, 19 septembre.) — Quelques considérations sur le diagnostic de l'ulcère de l'estomac, par Godart. (*La Policlinique de Bruxelles*, 1er décembre.) — Un cas d'ulcère d'estomac de nature syphilitique, par J. Zawadzki et J. Luxenbourg. (*Gaz. lekarska*, novembre, 47.) — Ulcération de l'estomac compliquée de pleuro-pneumonie, par Whipham. (*Lancet*, 30 décembre.) — Sur l'évolution adénomateuse dans les gastrites chroniques, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, octobre, p. 558.) — Cancer de l'estomac avec haleine d'odeur gangréneuse, par L. Pellegrini. (*La Riforma medica*, 18 octobre.) Succès thérapeutiques par l'électrisation de l'estomac, par M. Einhorn. (*Deutsche med. Woch.*, 33, p. 794.) — Traitement de l'ulcère de l'estomac par le bismuth chloroformé, par Stepp ; par le nitrate d'argent, par Boas. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 octobre.) — Du bromure de strontium dans le catarrhe gastrique aigu, par G. Corselli. (*Arch. di farmac.*, 23, p. 724.) — Polypes de l'estomac gros comme des pommes de terre, par Ewald. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 octobre.) — Laparotomie pour perforation d'un ulcère de la paroi antérieure de l'estomac; guérison, par Roux. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 11, p. 722.) — Laparotomies pour 3 cas de gastralgie, par Landerer. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 octobre.) — Le traitement

chirurgical palliatif du cancer du pylore, la gastro-entérostomie, par MATIGNON. (*Bulletin gén. de thérap.*, 15 août.) — La gastro-entérostomie, son manuel opératoire, par GALLEY. (*Thèse de Lyon.*) — Un cas remarquable de gastro-entérostomie, par ALBERT. (*Wiener med. Woch.*, 1, p. 1.) — Sur les résultats de la gastro-entérostomie par suite des rétrécissements cicatriciels du pylore, par T. DUNIN. (*Gaz. lek.*, 15-16.) — De l'utilité de l'entéro-anastomose après la gastro-entérostomie, par JAYLE et DESFOSSES. (*Soc. anat. Paris,* 13 octobre.) — De la gastrectomie, par Th. KOCHER. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.)

F

Face. — Hémiatrophie faciale, par MENDEL. (*Berl. klin. Woch.*, 18 décembre.) — Vaste tumeur ulcérée de la face (sarcome osseux ?) traitée avec succès par les injections de Mosetig, par LINDER. (*Ibid.*, 15 juillet.) — Une plaie grave du visage par arme à feu, par BUSCHKE. (*Deutsch. med. Woch.*, 27, p. 644.)

Ferment. — Sur les analogies entre les procès de fermentation et de combustion solaire, par DUCLAUX. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 11.) — Etude sur la fermentation ammoniacale et sur les ferments de l'urée, par MIQUEL. (*Ann. de microg.*, septembre.) — Sur les causes des fermentations et des maladies infectieuses...... par Ferdinand HUEPPE. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 septembre.)

Fièvre. — La régulation thermique et la fièvre, par ROGER. (*Presse méd.*, 23 décembre.) — De l'essence de la fièvre, par HERZ. (*Wiener med. Wochenschs.*, 10 et 11.) — Étude sur la fièvre infectieuse, par E. CENTANNI. (*La Riforma medica.*, 7 novembre.) — Quelques cas de fièvre scrofuleuse, par R. BRONOWSKI. (*Gaz. lekarska*, octobre, 41.) — Des stries cutanées comme phénomènes concomitant des affections fébriles graves, par Alfred KIRSTEIN. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 octobre.)

Fistule. — Fistule entéro-ombilicale diverticulaire chez un nouveau-né, par GAMBERT. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Fistule inguino-rectale avec valvule, par RYDYGIER. (*Przel. lek.*, novembre, 46). — Fistule jejuno-utérine, par J. ROSENTHAL. (*Gaz. lek.*, 23.) — Un cas de fistule recto-vésicale, par BREWIS. (*Edinb. med. j.*, décembre.) — Opération abdominale de fistule vésico-vaginale, par V. DITTEL. (*Wiener. klin. Woch.*, 25.) — Des fistules congénitales du pénis, par POSNER. (*Soc. berlinoise de Derm.*, 10 janvier).

Foie. — Du rôle du foie comme organe défensif contre les substances toxique, par KOTLIAR. (*Arch. de biol. St.-Pétersbourg*, II, 4.) — L'action protectrice du foie contre les alcaloïdes, par SCHUPFER. (*Bull. accad. med. Roma.,* XIX, 5.) — Sur le dédoublement de la substance réductrice des substances albuminoïdes du foie, par E. SALKOWSKI. (*Centralbl. für. med. Wissensch.*, 30 décembre.) — Importance des connaissances anatomo-physiologiques sur l'interprétation exacte de la pathologie du foie, par L. TORALBO. (*Il Progresso medico*, 30 septembre.) — Sur l'auscultation du foie et de la rate, par PIAZZA-MARTINI. (*Archivio Ital. di clin. med.* p. 337, XXXII.) — De la névralgie hépatique ou colique nerveuse du foie,

par Pariser. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 octobre.) — Hépatite expérimentale, par Charrin. (*Soc. de. biol.*, 16 décembre.) — De l'ictère fébrile ou ictère infectieux, par H. Freund. (*Wiener med. Wochenschr*, 11.) — Un cas d'ictère grave apyrétique, par Durante. (*Soc. anat. Paris*, 29 novembre.) — Recherches sur un microbe trouvé dans deux cas d'ictère grave, par Ranglaret et Maheu. (*Soc. de biol.*, 30 décembre.) — Cirrhose hypertrophique alcoolique du foie, épithélioma alvéolaire à cellules polymorphes, par Bezançon. (*Soc. anat. Paris*, 12 novembre.) — De la cirrhose hypertrophique du foie, par Freyhan. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 juillet.) — Sidérose hépatique, par Moroni. (*Arc. per. le sc. med.*, XVII, 4.) — Contributions cliniques à la curabilité de la cirrhose hépatique, par R. Cola. (*Progresso medico*, 15 septembre.) — Des cirrhoses atrophique et hypertrophique du foie, par H. Senator. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 décembre.) — De la cirrhose biliaire, par Goluboff. (*Zeit. f. klin. Med.* XXIV, 3 et 4. — De l'hépatite gommeuse et de son traitement par Ferrara. (*Progresso med.*, VIII, 1.) — Kystes multiples du foie, d'origine biliaire, avec épanchement sanguin dans l'intérieur de leur cavité, par Bezançon et Touchard. (*Soc. anat. Paris*, 27 octobre.) — Deux nouveaux cas d'abcès du foie, avec pus stérile, par Laveran. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1er décembre.) — Abcès du foie latent, par Regaud. (*Lyon méd.* 10 décembre.) — Abcès du foie et grossesse, par Chambrelent. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 octobre.) — Abcès du foie avec abcès sous-diaphragmatique consécutif, par Ehrlich. (*Médycyna*, 9.) — Cas de hernie du foie, par W. J. Kusmin. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 octobre.) — Sur un cas de déplacement du foie, par J. Buchholz. (*Norsk Magazin*, octobre.) — Un cas de foie flottant, par Mathieu. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 20 octobre.) — De la mobilité du foie, par Létienne. (*La Médecine moderne*, 23 décembre.) — Foie mobile, par Weissenberg. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1267.) — Extirpation d'une tumeur hépatique, par J. Rosenthal. (*Gaz. lekarska*, novembre, 45.) — De l'intervention chirurgicale dans quelques plaies du foie, nouveau procédé opératoire, par Micheli. (*Soc. lancis. d. osped. Roma*, 9 décembre.) — Rupture du foie, laparotomie, mort, par Lambotte. (*Ann. soc. belge chir.* 15 novembre.)

Fracture. — Etude des causes de mort dans les fracture multiples, par Ambrosius. (*Dent. Zeit. f. Chir.* XXXVII, 5 et 6.) — De la prothèse immédiate appliquée au traitement des fractures du maxillaire par armes à feu, par Jaffary. (*Thèse de Lyon.*) — Préparation et application des bandes de caoutchouc dans les fractures des mâchoires, par L. Goldberg. (*Gaz. lekarska*, novembre, 45.) — Vieille fracture du cou, par Koerte. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 novembre.) — Fracture des côtes sans déplacement, déchirure du lobe moyen du poumon droit, hémothorax, par Héresco et Delétré. (*Soc. anat. Paris*, 29 décembre.) — Sur un cas de pseudarthrose de l'humérus, par Leroy. (*La polycl. Bruxelles*, 1er décembre.) — Des fractures de pénétration du col chirurgical de l'humérus ; de la variété où la pénétration est accompagnée de rotation en arrière de la tête humérale, par Altigos. (*Thèse de Paris*, 14 décembre.) — Fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche ; luxation de l'extrémité inférieure du cubitus et de l'extrémité supérieure du radius, par Vitrac. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 décembre.) — Attitude à donner aux fractures des deux os de l'avant-bras et à celles de l'extrémité supérieure du tibia, par Jaboulay. (*Gaz hebd. Paris*, p. 584, 9 décembre.) — Les fractures des métacarpiens et leur traitement par Plicque. (*Gaz. des hôp.*, 30 décembre.) — Des fractures du col du fémur, par Tillaux. (*Union médicale*, 21 décembre.) — Sur le traitement des tractures du fémur chez les nouveau-nés, par C. J. Ellefsen. (*Norsk Magazin*, juillet.) — Guérison d'une fracture du col du fémur

chez une femme de 86 ans, par LAUENSTEIN. (*Deutsche. med. Woch.*, 38, p. 926.) — Pronostic et traitement de la fracture du col du fémur, par SCHEDE. (*Ibid.*, 44. p. 1086.) — Des fractures de la rotule, par W. KÖRTE. (*Ibid.*, 28, p. 661.) — Traitement des fractures de la rotule, par LAMBOTTE. (*Ann. soc. belge. chir.*, 15 décembre.) — Traitement des consolidations vicieuses des fractures de jambe, par DAVIN. (*Thèse de Paris,* 6 décembre.) — Infarctus pulmonaires hémorragiques après une fracture de la jambe droite, par PUTERMANN. (*Kronika lekarska*, 1.) — Résection des fragments osseux du tibia après fracture, par BARBIER. (*Bourgogne méd.*, octobre.)— Du massage dans la fracture du péroné, par CONDAMIN. (*Thèse de Paris*, 14 décembre.) — Fracture du calcaneum, par W. KOERTE. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 septembre.) — Traitement ambulatoire des fractures et des maladies graves des extrémités inférieures par un appareil d'extension, par LIERMANN. (*Deutsche med. Woch.,* 32. p. 763.) — Prévention et traitement des pseudarthroses, par SCHREIBER. (*Münchener med. Woch.*, 35 et 36, pages 653 et 674.) — Traitement des fractures compliquées de plaies, par HELD-WEGMANN. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 novembre.)

G

Gale. — Recherches sur le parasite de la gale, par M. BIRO. (*Gaz. lekarska*, septembre, 37.) — Gale et néphrite aiguë, par BOTHÉZAT. (*Soc. de méd. et de chir. de Montpellier*, 19 avril.)

Gangrène. — Cas de gangrènes spontanées, par ZELLER et BIDDER. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 octobre et 25 décembre.) — Un cas de gangrène sèche spontanée chez un homme de 33 ans, par PRAUTOIS. (*Revue méd. de l'Est*, 1er octobre.) — Le traitement des gangrènes diabétiques, par OCHSNER. (*Chicago clin. review*, juin.)

Gaz. — De la pneumaturie produite par le bactérium lactis aerogenes, et de la formation pathologique des gaz dans l'organisme, par HEYSE. (*Zeit f. klin. Med.,* XXIV, 1 et 2.) — Sur la production de gaz dans certains viscères et particulièrement dans le foie au cours d'une affection généralisée, par DEMELIN et LÉTIENNE. (*Soc. anat. Paris*, 10 novembre.)

Gelure. — Cas de congélation, par LANGERHANS. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 septembre.)

Génitaux (Org.). — Tuberculose génito-urinaire, caverne prostatique faisant communiquer la vessie et le rectum, par DE MASSARY. (*Soc. anat. Paris*, 8 décembre.) — Du traitement précoce du phimosis, par HOFHEIMER. (*Journal americ. med. Ass.*, 9 décembre.) — De l'aspermie spasmodique, par SCHLIFKA. (*Wiener med. Wochensch.*, 26, p. 1129.) — Excroissances papillaires sur le pénis, par LANG. (*Soc. viennoise de derm.*, 8 fevrier.) — Contribution à l'étude des productions cornées du pénis, par L. LEVI. (Brochure in-8° de 32 pages, *Gênes.*) — Un cas de soi-disant fracture du pénis, par GABSZEWICZ. (*Gazeta lekarska.*, 44.) — Du développement des organes génitaux internes et externes de la femme, par NAGEL. (*Arch. f. Gynæk.*, XLV, 3.) — Contribution à l'étude de quelques vices de conformation des organes génitaux chez la femme, par G. MIRANDA. (*La Riforma*

medica, 10 octobre.) — Sur les nouveaux moyens de traitement des inflammations des organes génitaux de la femme, par Cz. Bitner. (*Gaz. lek.*, 9.) — Un cas de réunion traumatique des petites lèvres, par Ikeda. (*Cent. f. Gynæk.*, 2 décembre.) — Rapport des affections gastro-intestinales avec les maladies de l'appareil génital de la femme, par Theilhaber. (*Münchener med. Woch.*, 47 et 48, pp. 887 et 913.)

Géographie médicale. — Monographie médicale de la ville de Guingamp, par Daniel. (*Thèse de Bordeaux.*)

Glaucome. — Du glaucome et de son traitement précoce, par Love. (*Journal americ. med. Ass.*, 28 octobre.) — Sclérotomie postérieure comme préliminaire immédiat à quelques opérations de glaucome, par Gifford. (*Ibid.*, 28 octobre.) — État des veines corticales dans le glaucome primitif, par Stirling. (*London opht. hosp. Rep.*, XIII, 4.) — Sur une nouvelle opération de glaucome ou nouvelle sclériritomie, par Nicati. (*Rev. gén. d'opht.*, XIII, 1.)

Goutte. — Diagnostic de la goutte, par Berkart. (*Lancet*, 16 décembre.) — Sur quelques formes rares de goutte et de rhumatisme, par Grant. (*Journal. americ. med. Ass.*, 4 novembre.) — Guérison d'un cas de goutte cérébrale par les bains froids, par Huchard. (*Soc. de thérap.*, 13 décembre. — Traitement de la goutte, par Tyson. (*Therap. Gaz.*, 15 novembre.) — Contribution à l'étude de la goutte, de son régime et de son traitement, par Mordhorst. (*Wiener med. Wochenschr.*, 10.) — Y a-t-il une pneumonie spécifique des goutteux? par K. Grube. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1205.)

Greffe. — Traitement de la syndactylie cicatricielle par la greffe de Thiersch, par Brohl. (*Deutsche med. Woch.*, 36, p. 866.) — Contribution à l'étude de l'implantation d'ivoire, par Kopfstein. (*Wiener med. Wochenschrift*, 4.)

Grippe. — L'épidémie de grippe de 1891-92 dans le grand duché de Hesse d'après les rapports officiels du bureau d'hygiène. (*Viert. f. ger. Med.*, VI, 43.) — Les épidémies de grippe à Berlin dans les hivers 1889 et 1891. (*Ibid.*, p. 184.) — L'épidémie d'influenza, par Sperling. (*Deutsche med. Woch.*, 51, p. 1365.) — Bruschettini et le bacille de l'influenza, par Pfeiffer et Beck. (*Ibid.*, 34, p. 816.) — Sur quelques cas rares de maladies causées par l'influenza, par E. Poulsson. (*Norsk Magazin*, septembre.) — Myélite ascendante grippale, par Deroye. (*Bourgogne méd.*, octobre.) — De la névrite multiple et de la paralysie aiguë, suite de grippe, par Leyden. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIV, 1 et 2.) — Discussion de la Société berlinoise de psychiatrie sur les névrites grippales. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 octobre.) — Du cœur dans la grippe, par Heyder Mirza. (*Thèse de Paris*, 27 décembre.) — La dacryoadénite consécutive à l'influenza, par Pignatari. (*Rev. gén. d'opht.*, XIII, 1.) — Orchite et épidydimite double dans le cours de la grippe, par J. Jozefowicz. (*Gaz. lekarska*, décembre, 50.) — Benzol dans la grippe, par Robertson. (*Brit. med. j.*, 30 décembre.)

Grossesse. — Des conditions défavorables de la grossesse et de l'accouchement chez les primipares âgées, par Tulasne. (*Thèse de Paris*, 28 décembre.) — Le diagnostic de la grossesse dans les premiers mois, par Th. Landau. (*Deutsche med. Woch.*, 52, p. 1386.) — Influence de l'augmentation de l'urée dans le sang maternel sur l'utérus et le fœtus, par

Feis. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 octobre.) — Maladies valvulaires du cœur et grossesse, par Vinay. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — Des affections cardiaques de la grossesse, par Gusserow. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 octobre.) — Grossesse prolongée, 389 jours, par Hayes. (*Americ. j. of Obst.*, décembre.) — Vomissements de la grossesse, guérison par avortement provoqué de deux jumeaux, par Dercum. (*Med. News*, 9 décembre.) — De l'acétonurie dans la grossesse, étude de la mort intra-utérine du fœtus, par Vicarelli. (*Prager med. Woch.*, 16 août.) — Troubles visuels singuliers pendant la grossesse, par Kœppen. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 septembre.) — Administration de hautes doses de quinine dans la grossesse, par Dimmock. (*Lancet*, 2 décembre.) — Traitement du cancer pendant la grossesse, par Porak. (*Journ. de méd. Paris*, 3 décembre.) — Grossesse dans un utérus bicorne, par T. Solman. (*Medycyna*, 5.) — Grossesse extra-utérine, par Eberhart. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1288.) — Grossesse ovarienne suppurée, par Eberhart. (*Ibid.*, 47, p. 1236.) — Sur un cas de grossesse extra-utérine, par Oscar Semb. (*Norsk Magazin*, août.) — Sur la grossesse ectopique, par Kr. Brandt. (*Norsk Magazin*, juillet.) — Grossesse tubaire, par Mouchet. (*Soc. anat. Paris*, 10 novembre.) — De la grossesse ectopique, par V. Schrenk. (*Inaug. Diss. Dorpat.*) — Un cas de grossesse extra-utérine, par Vignard. (*Arch. prov. de chir.*, III, 1.) — Grossesse extra-utérine. Laparotomie au 12e mois, par Villar. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 novembre et 17 décembre.) — Cas de grossesse extra-utérines, par Townsend. (*Boston med. Journal*, 2 novembre.) — Grossesse de la corne gauche de l'utérus simulant une grossesse extra-utérine ; laparotomie, guérison, par Johnson. (*Ibid.*, 28 décembre.) — Rupture d'une grossesse tubaire avec migration de l'œuf, par O. Mueller. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 octobre.) — Grossesse extra-utérine de 11 mois. Laparotomie, par Rapin. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIII, 11, p. 725.) — Cas de grossesse cervicale, par Siegfried Stocker. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre.) — Grossesse dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne ; rupture au 5e mois, laparotomie ; mort, par W. Odermalt. (*Ibid.*, 15 octobre.) — Deux cas de grossesse extra-utérine ; laparotomie, guérison, par Fischel. (*Wiener med. Wochenschr.*, 24.) — Grossesse extra-utérine, fœtus de 2 mois et demi dans l'abdomen ; laparotomie, guérison, par Tuffier. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 626.) — Grossesse extra-utérine, rupture de la trompe de Fallope gauche au 6e mois ; laparotomie, guérison, par Lammiman. (*Lancet*, 30 décembre.)

Gymnastique. — La gymnastique médico-mécanique Zander, méthode, importance, application par Levertin. (In-8° *Stockholm.*) — Gymnastique suédoise, par C. Reymond. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIII, 11, p. 685.)

Gynécologie. — L'examen gynécologique avec anesthésie, par Kelly. (*New. York med. j.*, 25 novembre.) — Le mariage doit-il être recommandé comme remède pour les maladies des femmes? par Cook. (*Americ. j. of obst.*, décembre.) — Traitement de la stérilité du mariage, par Seeligmann. (*Münch. med. Woch.*, 45, p. 848.) — Rapports de certains états urinaires avec la chirurgie gynécologique, par Noble. (*Americ. j. of Obst.*, décembre.) — Traitement des maladies des femmes par la méthode de Thure-Brandt, observation personnelle de 1889 à 1893, par Mme Golspiegel-Sosnowska. (*Arch. gén. de méd.*, décembre.) — Le dermatol dans la gynécologie et dans l'obstétrique, par L. Switalski. (*Przegl. lek.*, 18.) — L'ichthyol en gynécologie, par Kötschau. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1237.)

H

Helminthes. — Préparations d'embryons de filaires, par Moty. (*Soc. franç. de dermat.*, 16 novembre.) — Sur un cas de filariose, par Laveran. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 novembre.) — Un cas d'ankylostomiase, par Blickhahn. (*Med. News*, 9 décembre.) — Remarques sur la note de Beuckelmann et de Fischer (ankylostome duodénal chez un mineur), par Völckers. (*Deut. med. Woch.*, 26, p. 629.) — De l'ankylostomiase, par Langer. (*Prager med. Woch.*, 15 novembre.) — L'ankylostome duodénal chez les briquetiers des environs de Berlin, par Grawitz. (*Berl. klin. Woch.*, 25 septembre.) — Expulsion simultanée d'ascarides et de ténia médiocanellata, par Waring. (*Brit. med. j.*, 23 décembre.) — Anomalies de la menstruation dues à la présence d'un ténia, botriocephalus latus, par Kahn. (*St. Petersb. med. Woch.*, 20 novembre.) — Procédé sûr contre les oxyures, par Etter. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er août.)

Hémorragie. — Deux cas d'hémorragie mortelle par varices chez des femmes enceintes, par Koch. (*Vratch*, 7 octobre.) — Quelques remarques pratiques sur le diagnostic de l'hémoptysie, par A. Sokolowski. (*Now. lek.*, 2.) — Des hémoptysies arthritiques, par Antoine. (*Thèse de Bordeaux*.) — Sur les hémoptysies, par Gluzinski. (*Przegl. lek.*, 25-26.) — L'hémostase dans l'hémophilie, par Z. v. Manteuffel. (*Deut. med. Woch.*, 28, p. 665.) — Valeur hémostatique du peroxyde d'hydrogène, par Brewer. (*N. York med. j.*, 23 décembre.) — Des meilleurs hémostatiques dans l'hémoptysie, par Liégeois. (*Journ. des praticiens*, 52, p. 809.)

Hémorroïdes. — La cure radicale des hémorroïdes (procédé Whitehead-Delorme, par Matignon. (*Arch. clin. de Bordeaux*, septembre.)

Hernie. — Hernie expérimentale de l'intestin dans l'estomac, par Contejean. (*Soc. de biol.*, 30 décembre.) — De la hernie chez les enfants, par Wirt. (*Journal Americ. med. Ass.*, 9 décembre.) — Étiologie, anatomie pathologique, diagnostic et traitement de la hernie infantile, par Manley. (*Ibid.*, 16 décembre.) — Hernies congénitales et héréditaires, par K. Szadek. (*Przegl. lek.*, octobre-novembre, 42-48.) — Hernie engouée; lipome du scrotum; cure radicale, par Fortin. (*Normandie méd.*, 1er novembre.) — De la hernie omphalo-propéritonéale, par Demons et Binaud. (*Arch. prov. chir.*, II, 12.) — Kystes du cordon et du canal de Nuck, leurs relations avec les hernies inguinales, par Cachau. (*Thèse de Paris*, 27 décembre.) — Hernie enkystée d'Astley Cooper, par Montaz. (*Dauphiné méd.*, novembre.) — Hernie inguinale congénitale étranglée d'emblée, kélotomie, cure radicale, par Choux. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 680.) — Deux cas de réduction de hernie inguinale étranglée par l'action locale de l'éther, par Wilk. (*Kronika lek.*, 5.) — Des hernies épiploïques étranglées, par Ph. Kob. (*Deut. med. Woch.*, 47, p. 1208.) — Sur les hernies étranglées, par Gay. (*Bost. med. Journ.*, 28 décembre.) — Hémorragie intestinale. Pincement herniaire, par Lazard. (*Journ. de clin. infantile*, 1er novembre.) — Kélotomie par hernie inguinale propéritonéale, par Keller. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Des pulvérisations d'éther dans la hernie étranglée, par Gussenbauer. (*Prager med. Woch.*, 35.) — Nouveau procédé opératoire dans le cas de hernie étranglée compliquée de gangrène, par Piéchaud. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 novembre.) — Traitement de la hernie

étranglée quand l'intestin est gangréné ou ulcéré, par Lockwood. (*Méd. chir. Transact.*, LXXIV, p. 199.) — Opération radicale de hernie; réunion par première intention, trois semaines plus tard, abcès froid sous la cicatrice, renfermant un bacille parent du bacille colique, par Alexandre Fabre. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 12, p. 773.) — Opération de hernie crurale étranglée le troisième jour chez une sourde-muette, extirpation du sac et drainage, guérison, par Keller. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — De la technique de la herniotomie, par Trzebicky. (*Wiener med. Woch.*, 45, p. 1801.) — Herniotomie et résection de l'intestin, par O. Borchgrevingk. (*Norsk Magazin*, octobre.) — Cure radicale des hernies par la méthode de Bassini, par Deaver. (*Philad. Acad. of surg.*, 4 décembre.) — Cure radicale de la hernie inguinale. Procédés opératoires, par Le Dentu. (*Rev. gén. de clin.*, 45, p. 705.) — De la cure radicale de la hernie crurale, par Cornison. (*Thèse de Lyon.*) — Sur la cure radicale des hernies de la première enfance, par Remy. (*Journ. de clin. infantile*, 13 décembre.) — Cure radicale de hernie chez un enfant de 29 mois, par Guelliot. (*Journ. de clin. infantile*, I, 9.) — La cure radicale de la hernie ombilicale, par Edebohls. (*N. York acad. of med.*, 28 décembre.) — La cure radicale de la hernie ombilicale, par Quénu. (*Gaz. méd. Paris*, 23 décembre.)

Histologie. — Le microscope et ses applications, par Beauregard. (In-16, 210 p., *Paris.*) — Manuel d'histologie, par Rawitz. (*Berlin*, 1894.)

Hôpital. — Règles pour les nouvelles constructions hospitalières, par Schaper. (*Berl. klin. Woch.*, p. 1201, 4 décembre.) — De l'installation et de l'administration d'un hôpital d'enfants, par Haenselmann. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er novembre.) — Des hôpitaux d'isolement dans les maladies infectieuses, par Rowe. (*Boston med. Journ.*, 19 oct.) —

Hydatide. — Dégénérescence gélatiniforme des kystes hydatiques, par Bruce et Sheild. (*Med. chir. Trans.*, LXXV, p. 175.) — Echinocoques multiloculaires du cerveau, par Roth. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 septembre.) — Kystes hydatiques du poumon, par Dieulafoy. (*Ann. de méd.*, 13 décembre.) — Des kystes hydatiques du poumon, par Braquehaye. (*Tribune méd.*, 9 novembre.) — Fistule hépato-bronchique d'origine hydatique, par Letulle. (*Presse méd.*, 23 décembre.) — Kystes hydatiques multiples du thorax et de l'abdomen, par Pauchet. (*Soc. anat. Paris*, 12 novembre.) — Contribution au diagnostic des kystes hydatiques intrathoraciques émanant du lobe droit du foie, par Galliard. (*Soc. méd. des hôp.*, 20 octobre.) — Kyste hydatique du foie. Ponction. Injection de liqueur de Van Swieten. Guérison persistante au bout de quatre ans, par Blanc. (*La Loire méd.*, 15 novembre.) — Kyste hydatique du rein, par Karewski. (*Deut. med. Woch.*, 44, p. 1072.) — Des kystes hydatiques du petit bassin, par de Lavigne Sainte-Suzanne. (*Thèse de Bordeaux.*) — Kyste hydatique de la vessie, par Fenwick. (*London med. Soc.*, 27 novembre.) — Kystes hydatiques de la région rétro-vésicale et de l'épiploon, par Binaud. (*Arch. clin. Bordeaux*, décembre.) — Kystes hydatiques du canal rachidien, par Souques. (*Soc. anat. Paris*, 12 novembre.) — Kyste hydatique de la cuisse, par Chauvenet. (*Bourgogne méd.*, octobre.)

Hydroa. — Quatre cas d'hydroa vacciniforme, par Boeck. (*Arch. f. Dermat.*, XXVI, 1.)

Hygiène. — De la déclaration des maladies épidémiques, par Vallin. (*Bull. Acad. méd.*, 10 octobre.) — De la prophylaxie des maladies contagieuses

dans les grandes villes, par Duffield. (*Journal Americ. med. Ass.*, 4 septembre.) — La déclaration obligatoire des maladies contagieuses et l'inspection médicale des écoles, par Mangenot. (*Rev. d'hyg.*, XV, p. 36.) — Précis d'hygiène scolaire, par Carl Richter. (*Berlin.*) — Le projet de loi fédérale sur l'assurance obligatoire contre les maladies et les accidents, par Sonderegger. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 novembre.)—De la nécessité d'une législation préventive de la nécrose phosphorée professionnelle, par Goldschmid. (*Ibid.*, 15 octobre.) — Rôle de l'ingénieur en temps d'épidémies, par Kummel. (*Hyg. Rundsch.*, III, 15, p. 695.) — La conférence sanitaire internationale de Dresde. (*Mouv. hyg.*, mai.) — Petit guide d'hygiène pratique dans l'ouest africain, par Scovell, traduction de Navarre. (In-18, *Paris.*) — Historique et état actuel de l'hygiène internationale en ce qui concerne la prophylaxie des épidémies exotiques, par Finkelnburg. (*Deut. Vierttelj. f. œffenl. Gesund.*, XXV, 457.) — De l'incorporation des faubourgs dans la ville de Berlin, par Spinola. (*Berl. klin. Woch.*, p. 808, 14 août.)—Du contrôle et de la réglementation de la désinfection publique, par G. Drouineau. (*Rev. d'hyg.*, XV, p. 654.) — Le développement corporel des écoliers des colonies de vacances de Halle, par Schmid-Monnard. (*Berl. klin. Woch.*, p. 1180.) — Recherches hygiéniques à la campagne, par Teinkgeld. (*Munch. med. Woch.*, 52, p. 101.) — De quelques accidents causés par l'abus des exercices sportifs pendant la croissance, par P. Le Gendre. (*Mercredi méd.*, 22 août.) — Hygiène de l'âge critique, par Jacobs. (*La Policl. Bruxelles,* 15 octobre.) — L'air des écoles, par Carnelley et Foggie. (*Journ. of path. and bacter.*, II, 2.) — A propos d'hygiène hospitalière, par Drouineau. (*Rev. d'hyg.*, XV, p. 627.) — Rapport au Conseil de salubrité de la Seine sur le café-malt, par Planchon. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXX, 2, p. 183.) — Causes d'augmentation des dépenses de l'assistance publique à Paris, par Navarre. (*Ibid.*, 3, p. 232.) — Application de la méthode Gréhant à la recherche de l'oxyde de carbone dans les appareils de chauffage. Nouveau poêle, par Jacques Targowla. (*Ibid.*, 4, p. 303.) — Les habitations à bon marché en France et à l'étranger, par L. Reuss. (*Ibid.*, p. 308 et 417.) — Notice à l'usage des désinfecteurs du bureau d'hygiène de Besançon, par L. Baudin. (*Ibid.*, p. 333.) — Trois épidémies scolaires de fièvre typhoïde, par Guibert. (*Ibid.*, p 408, novembre.) — Désinfection des déchets de boucherie par Ed. Nocard. (*Ibid.*, p. 445.) — Epidémies de l'arrondissement de Rouen en 1892, par O. du Mesnil. (*Ibid.*, p. 449.) — Désinfection des habitations rurales, par A. Rogowski. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, VI, p. 325, octobre.) — Le scorbut à bord, par J. Borntraeger. (*Ibid.*, p. 349, et Suppl. p. 136.) — Epidémie de fièvre typhoïde d'Ottweiler, par Kimpen. (*Ibid.*, Suppl., p. 156.) — Circulaires ministérielles prussiennes relatives à l'examen des recrues atteintes d'affections oculaires. (*Ibid.*, p. 187.) — Principes de construction, d'installation et d'administration des locaux et hôpitaux d'isolement pour maladies contagieuses, par Moritz Pistor. (*Deut. Viertelj. f. œffentl. Gesund.*, XXV, 659.) — Conditions sanitaires des écoles rurales du cercle de Franzbourg, par Dieckmann. (*Ibid.*, p. 677.) — Méthodes d'examen pour vérifier l'épuration spontanée des cours d'eau, par Theodor Koehn. (*Ibid.*, p. 693.) — Typhus exanthématique à Mayenne, par Morisset et Jules Meyer. (*Rev. d'hyg.*, XV, p. 650.) — Congrès de la tuberculose, par G. Drouineau. (*Ibid.*, 9, p. 774, septembre.) — Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, par Baudin. (*Ibid.*, 792.) — De la pneumonie au point de vue épidémiologique, par Kelsch. (*Ibid.*, 10, p. 879, octobre et 11, p. 937, novembre.) — Rôle respectif de la contagion et de l'hérédité dans la propagation de la tuberculose, par Nocard. (*Ibid.*, p. 899.) — Nettoyage des filtres Chamberland, par Lacour. (*Ibid.*, p. 908.)

— Papiers à filtrer, par LARDIER. (*Ibid.*, 11, p. p. 949.) — Vulgarisation des notions élémentaires d'hygiène, par NAPIAS. (*Ibid.*, p. 955). — Influence de l'alcool, glycérine et huile sur les désinfectants, par P. LENTI. (*Ibid.*, 12, p. 1025, décembre.) — L'hôpital général de Massachusetts et les infirmières aux Etats-Unis, par LEVASSEUR. (*Ibid.*. p. 1034.) — Nourrices et nourrissons en voyage, par LEDÉ. (*Ibid.*, p. 1048.) — Dangers des viandes d'animaux tuberculeux, par DESHAYES. (*Ibid.*, 1074.) — Congrès allemand d'hygiène à Wurtzbourg en 1893, par J. ARNOULD. (*Ibid.*, 1078.) — L'inspection médicale dans les Pays-Bas. (*Mouv. hyg.*, IX, 9, p. 426.) — Statistique médicale comparée de Bruxelles, Anvers, Liège et Gand, par VOITURON. (*Ibid.*, 10, octobre, 11, novembre.) — Liste des membres des Comités de patronage des habitations ouvrières. (*Ibid.*, 10.) — Sanatoria pour traitement des phtisiques, par MŒLLER. (*Ibid.*, 10, p. 453, octobre.) — Règlement de Francfort-sur-Mein contre la tuberculose. (*Ibid.*, 10, p. 463.) — Importation des viandes de cheval. (*Ibid.*, p. 465.) — Personnel sanitaire et médical en Belgique. (*Ibid.*, p. 466.) — Crachoir de poche, par MŒLLER. (*Ibid.*, 11, p. 503, novembre.) — Arrêté royal belge (23 oct. 1893) accordant des indemnités pour les bovidés abattus pour tuberculose. (*Ibid.*, p. 511.) — Congrès des médecins et naturalistes allemands à Nuremberg. (*Ibid.*, 12, p. 545, décembre.) — Assemblée générale de la Société royale de médecine publique de Belgique. (*Ibid.*, p. 548.) — Les eaux d'égout, par GEBEK. (*Hyg. Rundsch.*, III, 17, p. 799.) — Infection des cours d'eau. (*Chim. Ztg.*, XVII.) — Examen des denrées alimentaires au laboratoire de Christania, par L. SCHMELCK. (*Rev. intern. falsif.*, VI.) — Emploi des filtres en argile dans les laboratoires chimiques et bactériologiques, par W. PUKALL. (*Bericht. der deut. chem. Gesellsch.*, XXVI.) — Rapport du Conseil supérieur d'hygiène d'Autriche sur les principes directeurs de la police sanitaire des nouvelles constructions, par Franz von GRUBER. (*Vienne.*) — Les usines à gaz comme stations centrales de lumière, de chaleur et de force motrice, par W. von OCCHELHAEUSER. (*Hyg. Rundsch.*, p. 828.) — Le pavé en asphalte et l'entraînement souterrain des eaux de pluie. (*Mittheil. für Gesund.*, XII.) — Théorie et pratique de l'examen des viandes, par EHRHARDT. (*Hyg. Rundsch.*, III, p. 831.) — Manipulation du lait chauffé, par MARTINY. (*Zeit. f. Fleisc. und Milchhyg.*, III.) — Expériences sur la méthode de Soxhlet, pour stériliser le lait, par PAULY. (*Ibid.*) — Alimentation des grandes villes en lait, par BERNSTEIN. (*Hyg. Rundsch.*, III, p. 836.) — Appareil pour rechercher dans le beurre la présence des graisses étrangères, par J.-H. ANACKER. (*Ibid*,, p. 836.) — Transmission de la fièvre aphteuse à l'homme par le beurre, par LORENZ-KEMPER. (*Zeit. f. Fleisch. und Milchhyg.*, III.) — Le nouveau laboratoire d'hygiène du canton de Thurgovie, par SCH. (*Chem. Ztg.*, XVII.) — Composition de quelques épices, par TH. ARNST et F. HART. (*Hyg. Rundsch.*, III, 839.) — Infirmités de la population autrichienne d'après le recensement du 31 décembre 1890, par H. RAUCHBERG. (*Ibid.*, 847.) — Fondation d'un musée d'hygiène à Munich. (*Ibid.*, 18, p. 851.) Toxicité de l'air expiré, par Julius BEU. (*Zeit. f. Hyg.*, XIV.) — Inoculation du charbon symptomatique dans le duché de Salzbourg en 1892, par F.-J. SUCHANNEK. (*Oesterr. Sanitäts.*, V.) — Hôpitaux baraqués transportables, par A. SCHMIEDEN. (*Hyg. Rundsch.*, III, p. 884.) — Transmission du calorique à travers les vêtements secs selon leur épaisseur, par M. RUBNER. (*Arch. f. Hyg.*, XVI.) — Valeur comparée comme désinfectants du crésol du solvéol et de l'acide phénique pur, par VAHLE. (*Hygienische Rundsch.*, III, 20, p. 901.) — Hygiène des conserves, en boites de fer blanc, par T.-B. KIRKLAND. (*Rev. intern. falsif.*, VI.) — De l'inspection des viandes, par MEUR. (*Hyg. Rundsch.*, p. 919.) — Ordonnance

de police de Kalgin sur l'examen vétérinaire de toutes les bêtes de boucherie avant et après abatage (*Ibid.*, III, p. 920.— Examen de la viande, par A. Hasterlik. (*Arch. f. Hyg.*, XVII.) — Falsifications du saindoux, par A.-C. Neufeld. (*Ibid.*) — Surveillance du lait du commerce, par Martiny. (*Hyg. Rundsch.*, III, p. 922.) — Séparation des matières grasses dans le lait stérilisé, par Renk. (*Arch. f. Hyg.*, XVII.) — Exposition collective des sociétés laitières à Munich. (*Chem. Ztg.*, XVII.) — Du pain, par Eug. Sell. (*Arbeit. aus dem k. Gesund.*, VIII.) — Examen des aliments au laboratoire de Munich, par R. Sendtner. (*Arch. f. Hyg.*, XVII.) — 65e réunion des naturalistes et médecins allemands à Nuremberg, par Sander. (*Hyg. Rundsch.*, III, 20, p. 937.) — 23e réunion de la Société allemande des ingénieurs du gaz et des eaux. (*Chem. Ztg.*, XVII.) — Action de l'eau sur quelques microbes pathogènes, par N. Bolrow. (*Thèse Dorpat.*) — Affections diphtéroïdes du pharynx, par Th. Escherich. (*Hyg. Rundsch.*, 21, p. 959) — Etiologie de la diarrhée estivale des enfants, par R. Doria. (*Ibid.*, p. 965.) — Modifications de la viande fraîche et de la viande salée à la cuisson, par Fr. Nothwang. (*Arch. f. Hyg.*, XVIII.) Bases d'une nouvelle méthode pour reconnaître la falsification des beurres, par Houzeau. (*Rev. intern. falsif.*, VI.) — Du saindoux, par Th. Spaeth. (*Hyg. Rundsch.*, III, p. 987.) — Dosage des matières grasses dans les farines et le pain, par E. Polenske. (*Arbeit. aus d. k. Gesund.*, VIII.) — Causes et prévention des combustions spontanées de matières pulvérulentes, par L. Haepke. (*Chem. Zeitg.*, XVII.) — Installation de stations d'observation de la nappe souterraine, par Krebs. (*Hyg. Rundsch.*, 22, p. 1004.) — Législation des logements à Hambourg. (*Ibid.*, p. 1024.) — Ventilation naturelle de quelques édifices de Munich, par Tsuboi. (*Arch. f. Hyg.*, XVII.) — Egouts de Munich, par Niedermayer. (*Ibid.*) — Effets de la tourbe pulvérisée et son emploi, par A. Stuker et R. Burri. (*Zeit. f. Hyg.*, XIV.) — Recherches hygiéniques dans les écoles de Norvège, par M.-K. Hakonson-Hansen. (*Zeit. f. Schulgesund.*, VI.) — Influence de la gêne respiratoire nasale sur le développement des écoliers, par V. Lange. (*Ibid.*) — Alimentation du peuple à Naples, par Luigi Manfredi. (*Arch. f. Hyg.*, XVII.) — Bactériologie du lait de femme, par F. Honigmann. (*Zeit. f. Hyg.*, XIV.) — 12e réunion annuelle de la Société libre des chimistes alimentaires bavarois. (*Chem. Zeitg.*, XVII.) — Explosions de chaudières en Allemagne en 1892. (*Hyg. Rundsch.*, III, p. 1038.) — De l'éclairage indirect, par F. Pelzer. (*These de Halle.*) — Eclairage au gaz et ventilation, par Vivien B. Lewes. (*Hyg. Rundsch.*, III, p. 1057.) — Distinction des cadavres d'animaux suivant le procédé Podewils. (*Hyg. Rundsch.*, III, p. 1,058.) — Hôpitaux ruraux pour contagieux. (*Ibid.*, p. 1,061.) — Examen chimique de quelques nouveaux agents conservateurs des viandes, par E. Polenske. (*Arbeiten aus d. k. Gesund.*, VIII.) — Altération des eaux minérales ferrugineuses, par G. Tolomei. (*Hyg. Rundsch.*, III, p. 1,064.) — Modification du procédé de Neubauer pour doser le caramel dans le café, par J. Stern et A. Prager. (*Ibid.*, p. 1065.) — Inspection du lait à Nuremberg, par Vogel. (*Ibid.*, p. 1065.) — Dosage des matières fixes et grasses dans le lait, par J.-B. Kinneer. (*Ibid.*, p. 1066.) — Laits condensés conservés et stérilisés, par M.-E. Rigaux. (*Rev. intern. falsif.*, VI.) — Valeur du lait bouilli, par Fayel. (*Ibid.*) — Influence des odeurs sur la qualité du lait. (*Ibid.*) — Nouvelles mesures anglaises contre la margarine. (*Ibid.*) — Echauffement sulfurique du beurre et de la margarine, par E. Hairs. — Altération des acides volatils du beurre rance; influence de celui-ci sur l'organisme, par Arata. (*Hyg. Rundsch.*, p. 1069.) — Le peroxyde d'hdrogène et le trichlorure d'iode comme désinfectants pratiques, par Trangott. (*Zeit. f. Hyg.*, XIV.) — Emploi du vaccin pour

essayer l'efficacité des désinfectant, par R. Heerwagen. (*Ibid.*) — Sels de cuivre comme désinfectants, par Green. (*Ibid.*) — Appareil de Ropsback pour désinfecter les latrines (*Mittheil. f. Gesund.*, XII.) — Désinfection des quais de décharge des bestiaux en chemin de fer, par Peters. (*Hyg. Rundsch.*, III, p. 1075.) — Fabrication de la cérésine au point de vue des dangers d'incendie, par B. Lach. (*Chem. Zeitg.*, XVII.) — Incendie d'un hangar à charbon par combustion spontanée, par E. Kunath. (*Hyg. Rundsch.*, p. 1117.) — Nouvelle méthode pour combattre le grisou, par C. Somzec. (*Ibid.*) — Compte rendu annuel de l'état sanitaire de Copenhague, par Ch. Tryde. (*Ibid.*) — Rapport du commissaire de santé d'Hyderbad pour 1890. (*Ibid.*) — Anémographe vertical, par R. Emmerich et C. Lang. III, 24, p. 1108.) — Mesurage de l'éclairage des habitations par le photomètre, par G. Boubnoff. (*Ibid.*, p. 1132.) — Action de la lumière sur les microbes et sur l'épuration spontanée des cours d'eau, par H. Buchner. (*Ibid.*, p. 1133.) — Eclairage scolaire, par F. Erismann. (*Ibid.*, p. 1134.) — Rapport du commissaire de santé de Calcuta pour 1890. (*Ibid.*, p. 1136.) — Rapport du commissaire de santé de Bombay pour 1890. (*Ibid.*, p. 1138.) — Caractère inoffensif de la nielle des blés pour l'homme et les animaux, par C. Kornauth. (*Hyg. Rundsch.*, III, p. 618.) — Appareil pour tenir la viande fraîche et sèche dans les wagons de transport, par Trapp. (*Zeit. f. Fleisch. und Milch Hyg.*, III et *Hyg. Rundsch.*, III, 10, p. 467.) — Signe chimique de putréfaction utilisable pour l'inspection des viandes (dégagement de vapeurs blanches de chlorhydrate d'ammoniaque au contact du gaz chlorhydrique), par Eber. (*Arch. f. Wissensch. u. prakt. Thierheilk.*, XVIII et XIX et *Hyg. Rundsch.*, III, 9, p. 404.) — Inexactitude du signe de putréfaction des viandes indiqué par Eber, par Hoxter. (*Hyg. Rundsch.*, III, 9, p. 407.) — Juste valeur du signe d'Eber pour la putréfaction des denrées animales, par Bischoff. (*Ibid.*) — Sur la stérilisation des viandes tuberculeuses, par Pennetier. (*Normandie méd.*, 15 novembre.) — Analyse des beurres du commerce, par Viollette. (*Acad. d. sc.*, 26 décembre.) — De la conservation de la bière par l'acide carbonique, par B. Gosio. (*Hyg. Rundsch.*, 21, p. p. 990.) — La coloration artificielle par les sels de cuivre (prohibée en Espagne), par van Hamel Roos. (*Rev. intern. falsif.*, TI.) — Arrêté ministériel prussien du 8 juillet 1893 relatif aux chiffonniers marchands d'os et de peaux ambulants qui colportent des substances alimentaires ou des jouets, pouvant être infectés par contact. (*Berl. klin. Woch.*, 31 juillet.) — De la combustion des ordures ménagères, par Th. Weyl. (*Ibid.*, 1149, 20 novembre.) — Hygiène des boutiques de coiffeurs, par Blaschko. (*Ibid.*, 28 août.) — Discussion de la Réunion dermatologique berlinoise sur l'hygiène des salons de coiffure. (*Ibid*,, 11 déc.) — L'Association des industries de France contre les accidents du travail, par Périssé. (*Rev. d'hyg.*, XV, p. 49.) — Considérations hygiéniques au point de vue bactériologique en faveur de la crémation, par Stone. (*Boston med. Journal*, 2 novembre.) — Les industries de Nuremberg et de Furth au point de vue sanitaire, par A. Leppmann. (*Berl. klin. Woch.*, 23 octobre.)

Hypnotisme. — De l'hypnotisme et des troubles psychiques, par Jolly. (*Arch. f. Psychiat.*, XXV, 3.) — De l'hypnotisme et la thérapeutique par suggestion, par J. Donath. (*Wiener med. Woch.*, 5.) — Accouchement dans le sommeil hypnotique, par Lugeol. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 oct.) — De l'hystérie en Vendée, par Terrien. (*Arch. de neurol.*, décembre.) — Théorie psychologique de l'hystérie, par Grasset. (*N. Montpellier méd.*, 44 et 45, p. 866 et 885.) — Diagnostic différentiel de l'hystérie, par Pontoppidan. (*Hospitals Tidende*, p. 744.) — Sur le désaccord entre la force du pouls et des battements du cœur dans les maladies chez les hystériques,

par F. Arnstein. (*Medycyna*, novembre, 48.) — Un cas d'hystérie avec œdème bleu et certains troubles de la mémoire, par A. Wizel. (*Gaz. lek.*, 6-7.) — Un cas d'œdème hystérique, par W. Gajkiewicz. (*Ibid.*, sept. 39.) — Un cas d'hystérie avec phénomènes d'akynésie algère, par A. Szpanbok. (*Medycyna*, septembre, 35.) — Méningite hystérique, par Cart. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 11, p. 730.)—Blépharospasme et spasme des droits internes de l'œil chez une fillette hystérique, par Sahli. *Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 août.) — Hystérie à œdème bleu des mains alternant à l'époque des règles avec du mutisme, par Sahli. (*Ibid.*, 15 août.) — Aphasie motrice sous-corticale d'origine probablement hystérique, par Sahli. (*Ibid.*, 15 août.) — Traitement de l'aphonie hystérique, par Seifert. (*Berl. klin. Woch.*, 20 octobre.) — Contracture hystérique des mâchoires, par Sahli. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 août.) — Hystérie convulsive chez une fille de 9 ans et demi, mort par broncho-pneumonie, autopsie, par Variot. (*Journ. de clin. infant.*, I, 9.) — Hémoptysies chez les hystériques, par Kernig. (*Gaz. méd. de Botkine*, 27.) — Contracture hystéro-traumatique de la main gauche, par Gœty. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, p. 307.) — Trépidation hystérique des membres inférieurs, par Sahli. (*Corresp Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 août.) — Tremblement hystérique, par Morlot. (*Bourgogne méd.* oct.) — Pseudo-pérityphlite hystérique, par Sahli. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 août.) — Un cas de coxalgie hystérique traitée avec succès par l'hypnotisme, par Peckham. (*Boston med. Journal*, 26 octobre.)

I

Idiotie. — Anatomie pathologique de l'idiotie, par Popoff, (*Arch. f. Psychiat.*, XXV, 3.) — Idiotie et épilepsie symptomatiques d'une anomalie cérébrale (tumeur des tubercules mamillaires), par Bourneville et Sollier. (*Progrès médical*, 4 novembre.) — Sur le traitement de l'idiotie microcéphalique par la craniectomie, par Blanc. (*Loire méd.*, 15 décembre.)

Infection. — De l'auto-défense de l'organisme contre les germes infectieux, dans ses rapports avec les suppurations, par Bernabeo. (*Ann. de microg.*, août.) — L'antitoxine du sang et la classification des méthodes thérapeutiques dans les maladies infectieuses, par Behring. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1253.)

Inflammation. — L'inflammation, par Boix. (*Arch. gén. de méd.*, décembre.)

Injection. — Sur quelques faits relatifs aux effets des injections de liquides organiques chez les animaux, par Meyer. (*Acad. des sc.*, 27 novembre.) — Les liquides organiques et le sérum artificiel, par Luton. (*Union méd. du Nord-Est*, 8, p. 240.) — Les injections de Brown-Séquard, par Jaquet. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 septembre.) — Application de l'antisepsie à la méthode hypodermique, par Duflocq et Berlioz. (*Soc. de biol.*, 25 novembre et *Arch. de méd. exp.*, VI, 1.) — Les liquides organiques employés dans la méthode Brown-Séquard, par Herzen. (*Revue méd. Suisse romande*, XIII, p. 274.) — Puissance d'action des injections Brown-Séquardiennes chez l'adulte et le vieillard, procédé opératoire, observation par Serrand et Jordanis. (Broch. *Paris.*) — Sérothérapie, par A. Ham-

MERSCHLAG. (*Deutsche med. Woch.*, 30, p. 711.) — Sur l'influence des injections de sel marin sur la résorption des épanchements, par A. BECKI et G. GAERTNER. (*Przegl. lek.*, 28.) — Injections interstitielles d'acide phénique dans la pustule maligne et l'anthrax, par DAVEZAC. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 novembre.) — Des injections sous-conjonctivales de sublimé au 1/1000e, par LAGRANGE. (*Arch. clin. Bordeaux*, décembre.) — Sur les injections sous-conjonctivales du sublimé, par R. GEPNER. (*Medycyna*, septembre 36-37.) — Les accidents des injections hypodermiques, par ROCHARD. (*Union médicale*, 16 novembre.)

Insolation. — Du coup de chaleur avec terminaison fatale, par DITTRICH. (*Zeitschrift für Heilkunde*, 4, p. 279.) — Du coup de chaleur, par E. HIRSCHFELD. (*Deutsch. med. Woch.*, 28, p. 668.) — Le coup de chaleur et son traitement par le chloroforme, par KŒRFER. (*Ibid.*, 28, p. 670.)

Intestin. — Sur les ganglions et plexus nerveux de l'intestin, par RAMON Y CAJAL. (*Soc. de biol.*, 30 décembre.) — Dilatation et hypertrophie congénitales du gros intestin, par OESTREICH. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 août.) — De l'entérite amibienne, par H. QUINCKE et E. ROOS. (*Ibid.*, 6 novembre.) — De l'entérite membraneuse, par Max ROTHMANN. (*Ibid.*, 4 décembre.) — De l'entérite mucino-membraneuse et de son traitement, par SÉE. (*Bull. méd.*, 27 décembre.) — Diarrhée tropicale, par FAYRER (*Med. News*, 25 novembre.) — Symptomes et pathologie d'un cas d'inflammation aiguë de la muqueuse de l'iléon, de cause climatérique, par THIN et WETHERED. (*Med. chir. transact.*, LXXIV, p. 441.) — Une maladie inconnue de l'intestin, par KÖTSCHAU. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1287.) — Étiologie de l'appendicite, par HODENPYL. (*New-York med. journ.*, 30 décembre.) — De l'appendicite, par WORCESTER. (*Boston med. journal*, 23 novembre.) — Contribution à la casuistique des maladies de l'appendice vermiforme, par CASPERSOHN. (*Münchener med. Woch.*, 43, p. 808.) — 3 cas d'appendicite du côté gauche, par FOWLER. (*Med. News*, 25 novembre.) — Appendicite, abcès iliaque avec fusée purulente dans la paroi scrotale, pleurésie séro-purulente, par LEMARIEY. (*Gaz. des hôp.*, 5 décembre.) — 3 cas d'appendicite, par Charles KRAFFT. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 12, p. 764.) — Contribution à l'étude de la pérityphlite et de l'appendicite, par DOUREFF. (*Thèse de Genève.*) — Considérations cliniques et bactérioscopiques sur un cas de typhlo-appendicite tuberculeuse, par A. NANNOTTI. (*Rivista gen. ital. di clinica med.*, IV, 14.) — L'opération est-elle nécessaire dans tous les cas d'appendicite, le meilleur moment pour opérer, par CARTLEDGE. (*New-York med. record*, 2 décembre, p. 730.) — Traitement de l'appendicite d'après 448 cas, dont 7 personnels, par PORTER. (*Americ. j. of med. sc.*, décembre.) — Appendicite à répétition, intervention dans l'intervalle des crises, libération du cæcum sans résection de l'appendice; guérison, par QUÉNU. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 678.) — Excision de l'appendice vermiforme pour inflammation chronique, par LUENING. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 novembre.) — Insuccès de la laparotomie dans le traitement de l'appendicite, par DELORME. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 638.) — Ulcère perforant du duodénum, par PYE-SMITH. (*London path. soc.*, 5 déc.) — Cancer du duodénum, par PYE-SMITH. (*Ibid.*) — La tuberculose locale du cæcum, par PILLIET. (*Tribune méd.*, 26 octobre.) — Un cas de cancer primitif du côlon transverse, par A. CIECHOMSKI. (*Gaz. lek.*, 16.) — Rétrécissement du côlon transverse, par bride cicatricielle ; laparotomie, guérison, par LÉVÊQUE. (*Union méd. du Nord-Est*, 11, p. 331.) — De la colostomie iliaque d'après le procédé d'Audry, par JEANNEL. (*Arch. prov. de chir.*, III, 2.) — 31 résections de l'intestin, par KOSINSKI (*Medycyna*,

34.) — Plaies par armes à feu de l'intestin, 13 cas, diagnostic et traitement, par Miles (*Annals of surg.*, décembre.) — Laparotomie pour plaie intestinale, par P. Riso. (*La Riforma medica*, 21 octobre.) — Traitement du rétrécissement de l'S iliaque et de la première portion du rectum, par Deaver. (*Philad. Acad. of surg.*, 4 décembre.) — De l'intervention chirurgicale dans la splanchnoptose et en particulier dans l'hépatoptose, par Depage. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 décembre.) — Tumeur maligne de la région ilio-cæcale de l'intestin, résection et suture immédiate de l'intestin, guérison, par Th. Anger (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 636.) — Les conditions de succès des grandes opérations sur l'intestin, par Chaput. (*Rev. gén. des sc. pures*, 30 septembre.) — De la plastique intestinale, par Volkmann. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 3 et 4.) — Entérorraphie, histoire, technique (revue très complète, 54 fig.), par Senn. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 12 août.) — Des différents modes de suture gastro-intestinale, par Villar. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 novembre.).

Iris. — De l'agrandissement de la chambre ante-irienne dans le recul de l'iris, par Vincenti. (*Thèse de Lyon.*) — Sur la déformation de la pupille par suite de réaction irrégulière de la pupille, par B. Zieminski (*Przegl. lek.*, 12.) — Trois cas de paralysie unilatérale du sphincter de la pupille et du muscle ciliaire, par A. Szulislawski. (*Przegl. lek.*, 15.) — Tremblement de l'iris, par Zieminski. (*Przegl. lek.*, 29.) — La réaction pupillaire hémiopique, par Heddaeus. (*Deutsche med. Woch.*, 31, p. 748.) — Sur la participation des nerfs dans les variations de la pupille, par Dogiel (*Gaz. lek.*, octobre, 43.) — Iritis infectieuse développée au cours d'un rétrécissement de l'urètre compliqué d'accidents d'intoxication urineuse, par Brun. (*Presse méd.*, 30 décembre.) — Tuberculose de l'iris chez un garçon de 13 ans, par Haab. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er novembre.) — Sarcome fuso-cellulaire de l'iris, par Williamson. (*Brit. med. j.*, 2 déc.)

K

Kyste. — Kyste congénital thyro-hyoïdien, par Faure (*Bull. soc. anat. Paris*, 30 juin.) — Kyste sous-hyoïdien, par Guérin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 juillet.) — Kyste congénital à l'extrémité de la pyramide de Lalouette, par J.-L. Reverdin et F. Buscarlet. (*Revue méd. Suisse romande*, XIII, 11, p. 715.) — Kyste latéral sushyoïdien, par J.-L. Reverdin et F. Buscarlet. (*Ibid.*, XIII, 12, p. 761.) — Étude des kystes lymphatiques, par Frank. (*Int. klin. Rundschau*, 13.)— Kyste huileux du temporal, par Reinhold. (*Beit. zur klin. Chir.*, XI, 1.) — Kyste athéromateux du pariétal gauche, par Mikulicz. (*Deutsche med. Woch.*, 44, p. 1084.) — Adénome sébacé, par Pollitzer. (*Journ. of cutan. dis.*, décembre.) — Contribution à la genèse de l'urobiline dans les liquides kystiques transsudés et exsudés, par G. Ajello. (*Il Morgagni*, décembre.) — Des kystes épithéliaux traumatiques des doigts, par Garré. (*Dermat. Zeits.*, 1, 7.) — Quatre cas de kystes osseux solitaires chez l'enfant, par Schlange. (*Berlin. klin. Wochen.*, p. 459, 8 mai.) — Sur un cas de kyste congénital sacro-coccygien, guéri par l'opération de Kraske, par L. Isnardi. (*Giornale accad. di med. Torino*, juillet, p. 488.) — Kyste dermoïde du raphé périnéal et du scrotum, par Reclus. (*Gaz. heb. de Paris*, 15 juillet.) — Kystes

dermoïdes du raphé des organes génitaux externes, par Marchadier. (*Thèse de Paris*, 9 novembre.) — Ablation d'un kyste du ligament large par la voie vaginale, par Ferrand. (*Bull. Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, II, 4, p. 267.)

L

Lacrymal (App.). — Commentaires sur les affections des voies lacrymales, par Gradle. (*Journal americ. med. Ass.*, 28 octobre.) — Sur le travail de E. Scimemi : Contribution à la doctrine de l'écoulement des larmes (analyse avec remarques critiques), par Oscar Kohnstamm. (*Centralbl. f. Physiologie*, VII, p. 1.) — Des complications lacrymales ou des troubles consécutifs du larmoiement, par Truc. (*N. Montpellier méd.*, 46, p. 905.) — Recherches bactériologiques sur un cas de tumeur lacrymale phlegmoneuse, par Mazet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 décembre.) — Deux cas de sarcome des glandes lacrymales, par Lawford et Collins. (*London opht. hosp. Rep.,* XIII, p. 4.)

Lait. — Recherches bactériologiques sur le lait de femme, par Honigmann. (*Inaug. Diss. Breslau.*) — Différences chimiques entre le lait de vache et celui de femme, et moyens de les compenser, par Soxhlet. (*Münchener med. Woch.*, 24 janvier.) — Dosage des matières grasses du lait, par Weiss. (*Hyg. Rundsch.*, III, 15, p. 685.) — Stérilisation ou pasteurisation, étude sur la stérilisation du lait, par Kramsztyk. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVII, 2.) — Des laits stérilisés à l'usage du nourrisson, par Chavanne. (*Union médicale*, 21 octobre.) — Du lait stérilisé ; son usage, son emploi, ses dangers, par Boissard. (*France méd.*, 34. p. 539.) — Le procédé de Popp et Becker pour la stérilisation du lait par la vapeur, par C. Frenkel. (*Hyg. Rundsch.*, III, p. 621.) — De la prétendue conservation du lait par l'acide borique en Norwège, par John Sebelien. (Réfutation de H. Weigmann). (*Ibid.*, III, p. 647.)

Langue. — Des renflements gustatifs dans les papilles foliées de la langue du lapin, par von Lenhossek. (*Verhandl. phys. med. Ges. Würsburg.*, XXVII, 5.) — Deux cas d'idioglossie avec démonstration phonographique des particularités de la parole, par White et Bird. (*Med. Chir. transact.*. LXXIV, p. 181.) — Un cas de crampe idiopathique de l'hypoglosse, par Lange. (*Arch. f. klin Chir.*, XLVI, 4.) — Hémi-glossite inconsciente avec abcès, par Wetmore. (*Montreal med. j.*, mai.) — Glossite mortelle, par Rose. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1176, 27 novembre.) — De la glossite et de la fièvre aphteuse, par Siegel. (*Ibid.*, p. 1177, 27 novembre.) — Sur une lésion papillaire de la langue, par Gazzola. (*Thèse de Paris*, 7 décembre.) — Ulcérations de la langue, par Barié. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 décembre.) — Tuberculose de la langue, par Kaposi. (*Soc. vien. de derm.,* 19 avril.) — Psoriasis syphilitique de la langue, par G. Lewin. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 septembre.) — Tumeurs congénitales de la langue, par Herzfeld. (*Deutsche med. Woch.*, 46, p. 1159.) — Nœvus de la langue, par Openshaw. (*Hunterian Soc.*, 8 novembre.)

Laparotomie. — Technique de la laparotomie, par Abel. (*Arch. f. Gynaek.*, XLV, 3.) — 120 laparotomies à la clinique de Gœttingue, par Runge. (*Therap.*.

Monats., décembré.) — Une série de 22 laparotomies, par KRUKENBERG. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1233.) — Compte rendu statistique sur 80 laparotomies pratiquées pour tumeurs des organes génitaux de la femme, par FINOTTI. (*Wiener med. Presse*, 8, octobre.) — Résultats de la céliotomie aseptique, par WATHEN. (*Americ. j. of Obst.*, septembre.) — Femme morte d'étranglement externe du à des brides cicatricielles consécutives à une laparotomie subie 10 ans auparavant, par GOLDSCHMID. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Opération d'une volumineuse hernie ventrale consécutive à une laparotomie pour péritonite, par HAEBERLIN. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte,* 1er octobre.)

Larynx. — Le nerf récurrent laryngé, par HOCQUART. (*La Voix*, décembre). — De l'action inverse des cordes vocales, par SCHEIER. (*Arch. inter. de laryng.*, VI, 6.) — Dispensaire de laryngologie de l'Université de Naples dirigé par MASSEI, compte rendu de l'année 1892-93, par TRIFILETTI. (broch. *Naples.*) — Lampe portative à l'hydrogène oxydrique pour les examens laryngoscopiques, par BEALE. (*Brit. med. j.*, 30 décembre.) — De la démonstration des images laryngoscopiques, par FRAENKEL. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Un laryngoscope démontable et stérilisable, par KILIAN (*Ibid.*) — Spasme de la glotte complet chez un adulte, syncope et inconscience prolongées, par PORCHER. (*N. York med. j.*, 23 décembre.) — De la voix eunucoïde, son traitement, par CADOT. (*Thèse de Lyon.*) — Les altérations de la voix dans les maladies mentales en rapport avec les états psychiques par MORSELLI. (*Boll. mal. del l'Orecchio*, XI, 11.) — Aphonie due à de la rhinite hypertrophique, par STRAIGHT. (*N. York med. record*, 25 novembre.) — La tétanie de l'enfant et ses rapports avec le spasme du larynx, par LOOS. (*Deut. Arch. f. klin Med.*, L, p. 169.) — Spasme des cordes vocales comme symptôme de la tétanie, par J. KRAMSZTYK. (*Medycyna*, 19.) — Spasmes hystériques des dilatateurs de la glotte, par PRZEDBORSKI. (*Monast. f. Ohrenh.,* novembre.) — Sur un cas particulier d'asynergie vocale chez un bègue, par WINCKLER. (*Wiener med. Wochensch.*, 41.) — Paralysies laryngées produites par des lésions cérébrales, par BIDON. (*Marseille méd.*, décembre.) — Paralysie des dilatateurs de la glotte dans la sclérose en plaque, par RIEGEL. (*Deustche new Woch.*, 28, p. 678.) — La paralysie du crico-aryténoidien postérieur, par LAEHR. (*Ibid.*, 45, p. 1111.) — Paralysie des abducteurs du larynx, 5 cas, 3 d'origine périphérique, 3 d'origine centrale, par LAEHR. (*Deut. med. Woch.*, 9 novembre.) — Sur la valeur relative des symptômes objectifs et subjectifs dans les maladies des premières voies respiratoires, par SHURLY. (*Journal americ. med. Ass.*, 18 novembre.) — Etude clinique de la pachydermie laryngée, par STURMAN. (*Berlin*, 1894.) — Pathogénie des affections laryngées dans la fièvre typhoïde, par LUCATELLO. (*Gaz. degli Ospitali*, 4 novembre.) — Affection chronique du larynx ayant duré 18 ans, par WHISTLER. (*Brit. laryng. Assoc.*, 8 décembre.) — Des formes de la tuberculose du larynx et de leur traitement à la policlinique du professeur Chiari à Vienne, par ORESCO. (*Wiener med. Wochensch.*, 52, p. 2084.) — Sur le galvanocautère dans le traitement de la tuberculose des voies respiratoires supérieures, par Z. SREBRNY. (*Medycyna*, 3-5.) — De la laryngite syphilitique secondaire, par MENDEL. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — Un cas de syphilis héréditaire tardive du larynx, par S. SOKOLOWSKI. (*Gaz. Lekarska*, septembre, 37.) — Rétrécissement syphilitique de la langue par une membrane cicatricielle, incision, dilatation, par BLEYER. (*Journ. Am. med. Ass.*, 25 novembre.) — Sur un cas de laryngopathie tertiaire avec sténose, améliorée par la dilatation progressive, par AUDUBERT. (*Rev. de laryng.*, 1er décembre.) — Des nodules des chanteurs, par PAGE. (*Thèse de Bordeaux.*) —

Un cas anormal de tumeur du larynx, papillome hémorragique récidivé, par Semon et Shattock. (*London pathol. Soc.*, 19 décembre.) — Récidive sur un nouveau point d'une tumeur laryngée, papillome, analyse de 34 cas, par Lincoln. (*N. York med. j.*, 30 décembre.) — De la thyrotomie pour les papillomes du larynx chez les jeunes enfants, par London. (*Australasian med. Cong. Sydney*, 1892.) — Myxome du larynx, par Gouget. (*Soc. Anat. Paris*, 15 décembre.) — Cas de néoplasmes laryngiens, par Levy. (*Journal Americ. Med. Ass.*, 18 novembre.) — Diagnostic et traitement des tumeurs malignes du larynx, par Th. Gluck. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 décembre.) — Sarcome du larynx, par Alfred Bruck. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 septembre.) — Epithélioma du larynx, extirpation totale, par Lavise. (*Ann. Soc. belge de chir.*, 15 septembre.) — Extirpation d'un larynx cancéreux, par Herczel. (*Soc. méd. Buda-Pesth*, 23 novembre.) — Ablation du larynx, de l'os hyoïde et cinq anneaux de la trachée pour cancer, par Macdonald (*Brit. med. j.*. 30 décembre.) — Le diaphragme congénital du larynx, par P. Bruns. (*Arch. f. Laryngol.*, I, 1.) — L'examen et le traitement des rétrécissements du larynx et des grosses bronches, par Pieniazek. (*Pregl. lek.*, 8-17.) — Fracture du larynx guérie, par M. Schoeffer. (*Deutsch med. Woch.*, 47, p. 1207.) — Du tubage du larynx comme moyen préventif de l'écoulement du sang dans les voies respiratoires pendant les opérations, Maydl (*Wiener med. Wochenschr.*, 2 et 3.) — Du tubage d'O'Dwyer à l'hôpital Léopold de Vienne, par Unterholzner et Wackerle. (*Jahrb. f. Kindern.*, XXXVII, 2.) — Sur le tubage du larynx dans le croup, par J. Baczkiewicz. (*Gaz. Lekarska*, octobre, 46.) — Statistique du tubage du larynx et des instruments nécessaires pour cette intervention, par Waxham. (*Journ. americ. med. Ass.*, 16 décembre.) — Du tubage chez l'adulte, par Lefferts. (*N. York med. j.* 9 décembre.) — Du larynx artificiel et de la pseudo-voix, par Julien Wolff. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 octobre.)

Lèpre. — Existe-t-il dans les pays réputés non lépreux en France et en particulier dans la région du nord et à Paris des vestiges de l'ancienne lèpre? par Leloir. (*Journ. des mal. cut.*, avril.) — Sur la loi du 6 juin 1885 sur l'isolement des lépreux (en Norwège), par Edv. Kaurin. (*Norsk. Magazin.*, mars.) — Etude sur la contagiosité de la lèpre d'après les recherches dans les asiles de Riga en 1893 et du traitement de la lèpre dans les léproseries, par von Reisner (*Monats. f. prakt. Dermat.* XVIII, 4.) — Considérations sur quelques cas de lèpre, par Pellizzari. (*Lo Sperimentale*, p. 237 et 273, 15 juillet.) — Un cas de lèpre tuberculeuse, par Bernheim. (*Rev. méd. de l'Est*, 21, p. 666.) — Lésions du système vasculaire dans la lèpre, par Joclsohn. (*Inaug. Diss. Dorpat.*) — Un cas de maladie de Morvan, par Eisenlohr. (*Deutsche med. Woch.*, 25, p. 591.) — A propos d'un cas de maladie de Morvan, par Leclerc et Chapuis. (*Gaz. hebd. Paris*, 23 décembre.) — Traitement de la lèpre par l'otoba, par Friarte. (*Rivista medica de Bogota*, 1893, p. 290.) — Traitement et guérison de la lèpre tubéreuse par l'europhène, par Goldschmidt. (*Times and register*, 15 juillet.)

Leucémie. — De la leucocytémie aiguë, par Liffrau (*Thèse de Bordeaux*. — Des modifications du sang leucémique sous l'influence de l'acide carbonique, par Rywosch et Berggrun. (*Wiener med. Vochensch.*, 50, p. 2001.) — Un cas rare de pseudoleucémie, par Froehlich. (*Ibid.*, 7.) — Pseudoleucémie, tumeurs de la rate et du foie et innombrables polypes de la muqueuse intestinale, par Fraenkel. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 décembre.)

Lèvre. — De la formation d'une lèvre au moyen d'un lambeau en forme de pont pris sur l'autre lèvre, par Schulten. (*Finska lakar. handlingar*,

XXXV, 12.) — Description d'un procédé de restauration de la lèvre inférieure dans les épithéliomes très étendus, par HEURTAUX. (*Arch. prov. de Chir.*, II, 12.) — Epithélioma de la lèvre consécutif au lupus, par DUBREUIL, (*Arch. clin. Bordeaux*, décembre.)

Lichen. — Du lichen plan, par GAUCHER. (*Ann. de méd.*, 29 novembre.) — Du lichen des scrofuleux, par LUKASIEWICZ. (*Arch. f. Dermat.* XXVI, 1.) — Lichen ruber accuminatus, par KAPOSI. (*Soc. viennoise de Derm.*, 11 janvier.) — Lichen ruber plan du pénis et du scrotum, par LANG. (*Ibid.*, 19 avril.) — Lichen ruber acuminé, par KAPOSI. (*Ibid.*, 19 avril.) — Lichen moliniforme verruqueux, par GEBERT. (*Soc. Berlin. de Derm.*, 4 juillet.) — Lichen ruber, par ISAAC. (*Ibid.*, 10 janvier.)

Lipome. — Des lipomes symétriques, par KŒTTNITZ. (*Deuts. Zeit. f. Chir.*, XXXVIII, 1.) — Des lipomes prépéritonéaux, par BUSCHKE. (*Ibid.*, XXXCVII, 3 et 4.) — Du lipome symétrique multiple, par LANGER. (*Arch. f. klin Chir.*, XLVI, 4.) — Lipome périodique de la région frontale, par GUÉPIN et ORRILLARD. (*Soc. Anat. Paris*, 24 novembre.) — Lipome énorme du dos, par BARBIER. (*Bourgogne méd.*, octobre.) — Un lipome de volume extraordinaire ; extirpation, par TRNKA. (*Wiener med. Wochenschr.*, 11, p. 464.)

Lupus. — Puru, forme contagieuse de lupus chez les Malais, par BROWN (*Brit. j. of dermat.*, p. 161.) — Lupus érythémateux, par KAPOSI. (*Soc. Viennoise de dermat.*, 8 février.) — Lupus érythémateux à aspect un peu insolite, par BROCQ. (*Soc. franc. de dermat.*, 16 novembre.) — Lupus érythémateux du cuir chevelu et de la cavité buccale, par LASSAR. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 décembre.) — Lupus érythémateux, par KREIS. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er octobre.) — Lupus érythémateux généralisé, par DU CASTEL. (*Rev. gén. de Clin.*, 42, p. 657.) — Injections de nucléine, par MOUREK. (*Wiener med. Woch.*, 35.) — Traitement du lupus vulgaire, par SCHÜTZ. (*Arch. f. Dermat.*, XXVI, 1.) — Traitement du lupus par le pyrogallol, par VEIEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 septembre.)

Luxation. — Luxation par rotation de l'atlas et de l'axis, réduction, par LEGG. (*Lancet*, 2 décembre.) — Luxation du maxillaire inférieur, par TILLAUX. (*Gaz. des hôp.*, 7 décembre.) — Luxation scapulaire hémiplégique dans la paralysie cérébrale infantile, par E. REMAK. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 décembre.) — De deux luxations de l'humérus survenues au cours d'exercices de natation, par Alb. HANNO. (*Norsk Magazin.* octobre.) — Réintégration sanglante et résection dans les luxations anciennes de l'épaule, par POLLOSSON. (*Lyon méd.*, 10 décembre.) — Luxations anciennes irréductibles du coude, par OLLIER. (*Lyon méd.*, 3 décembre.) — De la luxation traumatique latérale de la tête du radius, par SCHROETER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 4.) — Sur un cas de luxation coxo-fémorale, par MANU. (*Roumanie méd.*, octobre.) — De la réduction sanglante des luxations traumatiques anciennes de la hanche, par VOLKMANN. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 3 et 4.) — Luxation complète de la rotule, par PERKINS. (*Ann. of surg.*, décembre.) — Variété rare de luxation du genou, rupture de l'artère poplitée, gangrène du membre, par LAGOUTTE. (*Gaz. des hôp.*, 21 décembre.) — Un cas de luxation incomplète du tibia, par SCHRŒTER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 4.) — Luxation double de l'astragale en avant et en dehors; énucléation totale de cet os, par VITRAC. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 décembre.) — La méthode sanglante dans la réduction des luxations, par HELFERICH. (*Deutsche med. Woch.*, 32, p. 761.)

Lymphatique. — De l'action de quelques médicaments sur la sécrétion de la

lymphe, par TSCHIRWINSKY. (*Arch. f. exper. Path.*, XXXIII, 2.) — Sur quelques anomalies du canal thoracique chez le chien, par CAMUS. (*Soc. de biol.*, 23 décembre.) — Varices lymphatiques de la muqueuse buccale, par TENNESSON et DARIER. (*Soc. franc. de dermat.*, 14 décembre.) — Traitement des adénites tuberculeuses par les injections interstitiellles de naphtol camphré, par REBOUL. (*Marseille Médical*, 15 août.) — De la valeur du traitement abortif des bubons par la méthode de Welander, par A. BROUSSE et P. BOTHEZAT. (*N. Montpellier méd.*, 36, p. 710.) — Lymphangiome vrai et angio-lymphangiome de la bouche et du voile du voile du palais, par LABIT. (*Rev. de laryng.*, 15 décembre.) — Du lymphangiome de la cavité buccale, par LEROUX. (*Thèse de Bordeaux.*) — Lymphangiome kystique, par DELBET. (*Soc. anat. Paris*, 24 novembre.) — Lymphangiome circonscrit, par ADAM. (*Brit. med. j.*, 2 décembre.) — Un cas de lymphome malin, par HUEBNER. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 3 et 4.)

M

Main. — De la disposition du tissu élastique dans le lit unguéal, par SPERINO. (*Giorn. Accad. med. Torino*, XLI, 8.)—Polydactylie des 4 extrémités, par A. BIDDER. (*Berl. klin. Woch.*, 24 juillet.) — 1° Polydactylie de la main gauche par duplicité du pouce ; 2° polydactylie de la main droite par triplicité du pouce avec palmure intermédiaire, par SCHAPER. (*Ibid.*, 31 juillet.) — Un cas de polydactylie, par KOEHLER. (*Ibid.*, 11 sept.) — Cas d'oligodactylie, par Hermann STRAUSS. (*Ibid.*, 23 oct.) — 2 cas de polydactylie (1° duplicité du pouce droit, 2° duplicité de l'auriculaire gauche), par BRUGGISSER. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 août.) — 4 cas de macrodactylie, par HABS. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 5 et 6.) — Résultats éloignés de l'extirpation du premier métacarpien, remarque sur l'ablation de cet os avec une partie ou la totalité du squelette du pouce, par MARLIER. (*Thèse de Paris.*) — Lipome de la paume de la main, par LAUNAY. (*Soc. anat. Paris*, 13 octobre.) — Tumeur myéloïde de la gaine des fléchisseurs de la main, par PILLIET. (*Ibid.*, 1er décembre.)

Mal de mer. — Etudes récentes sur le mal de mer, symptomatologie, pathogénie, traitement nouveau, par SKINNER. (*N. York med. j.*, 9 décembre.) — Du traitement du mal de mer, par CHARTERIS. (*Journal Americ. med. Ass.*, 23 décembre.) — Chlorobrome dans le mal de mer, par BOYD. (*Lancet*, 23 décembre.)

Maladie. — Essai sur les trêves morbides, par VORANOFF. (*Thèse de Paris*, 7 décembre.) — Des séries morbides parallèles, par FERNET. (*Arch. gén. de méd.*, décembre.) — Les phases de début de la maladie, par CAMPBELL. (*Lancet*, 2 décembre.) — Des crises dans les maladies aiguës, par ROSENBACH. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 septembre.)

Maladies professionnelles. — Des poussières minérales non métalliques ; manufactures de porcelaines, par ARLIDGE. (*Lancet*, 2 décembre.) — L'anthracose pulmonaire chez les polisseurs de charbon destiné aux appareils électriques, par LANCEREAUX. (*Bull. Acad. méd.*, 21 novembre.)

Malformation. — Macrodactylie et autres formes d'anomalies congénitales et

leurs rapports avec les tumeurs, par HUMPHRY. (*Med. chir. transact.*, LXXIV, p. 165.) — 5 cas de malformations rares, par SIMON. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 octobre.) — Malformation rare des dents et des lèvres, par ZELLER. (*Ibid.*, 16 octobre.) — Malformation congénitale de la face et du crâne avec éléphantiasis des parties molles. Névrome plexiforme. Tumeurs multiples disséminées sur le tronc et les membres, par COLLET et LACROIX. (*Gaz. hebd. Paris,* 2 décembre.) — Asymétrie acquise entre les deux moitiés latérales du corps humain, par CLOZIER. (*Bull. méd.*, 29 novembre.) — Un cas d'hermaphroditisme, par H. FINDLER. (*Gaz. lek.*, 20.) — Un cas de pseudohermaphrodisme féminin externe, par A. KURZ. (*Deutsche med. Woch.*, 40, p. 964.) — Pseudohermaphrodisme mâle interne, par KRŒNLEIN et RIBBERT. (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, 15 mai.) — Sur un cas d'hermaphrodisme, par BERGONZALI. (*Boll. scientif. Pavie.*) — Malformation génitale, par HENROTAY. (*Ann. Soc. de méd. Anvers*, p. 213 ; octobre.) — Utérus bicome rudimentaire, absence de vagin, par BEUTTNER. (*Cent. f. Gynaek.*, 9 décembre.) — Fœtus de 6 mois atteint d'anencéphalie et de hernie du diaphragme ; absence d'œsophage, etc., par KELLER. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte,* 15 octobre.) — Pied bot dorsal symétrique chez un fœtus acéphale, par GRIFFITHS. (*Brit. med. j.,* 30 décembre.)

Mamelle. — 2 cas de mamelles surnuméraires, par DIONNE. (*N. York med. j.*, 23 décembre.) — Duplicité du mamelon d'un sein, allaitement possible par les deux, par GAMPERT. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 456.) — 13 cas de maladie de Paget, ses rapports avec la psorospermie, par BOWLBY. (*Med. chir. Transact.*, LXXIV, p. 341.) — Sur le traitement par expression des abcès du sein, par LAUTIER. (*Bull. Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, II, 4, p. 256.) — Tuberculose mammaire, par SCHEDE. (*Deutsche med. Woch.*, 49, p. 1316.) — Mammite chronique, par RAVANIER. (*Soc. anat. Paris*, 1er décembre.) — Gynécomastie, mastite chronique, par HASSLER. (*Lyon méd.,* 17 décembre.) — Mastite chronique du cancer du sein, par GERVAIS DE ROUVILLE. (*Union médicale*, 18 novembre.) — Opération de Thomas pour les tumeurs bénignes du sein, par JAMIESON. (*Brit. med. j.*, 2 décembre.) — Sarcome pur fasciculé de la mamelle, par MOUCHET. (*Soc. anat. Paris*, oct., p. 545.)— Epithelioma intra-canaliculaire de la glande mammaire, par LAUNAY. (*Ibid.*) — Epithelioma ulcéré du sein gauche fracture spontanée du fémur, généralisation aux méninges, épilepsie jacksonienne, mort, par du PASQUIER et JOLLY. (*Soc. anat. Paris*, 24 nov.) — Sur deux formes cliniques du cancer de la mamelle, par TILLAUX. (*La médecine moderne*, 25 novembre.) — De l'opération des cancers du sein et ses suites, par HAASE. (*Inaug. Diss. Greifswald.*)

Massage. — Effets du massage sur l'augmentation des globules du sang, par MITCHELL. (*Med. News*, 23 décembre.)

Maxillaire. — Maladies des maxillaires et de leur périoste, par LATHAM. (*Journal Americ. med. Ass.*, 30 décembre.) — Pathogénie des kystes épithéliaux des maxillaires, par E. KUMMER. (*Rev. méd. Suisse romande,* XIII, II, p. 705.) — Nécroses phosphorées des maxillaires, par KOCHER. (*Corr.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er août.) — Nécrose des maxillaires consécutive à une fièvre typhoïde, par BREFFEIL. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 décembre.) — Fracture par arme à feu du maxillaire inférieur traitée par une attelle métallique interne, par KOERNER. (*Münch. med. Woch.*, 48, p. 909.) — Odontome du maxillaire inférieur, par SWANN. (*Lancet*, 9 décembre.) — Sarcome à cellules fusiformes du maxillaire supérieur, par HERZFELD. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 783, 7 août.) — De la résection dans les ankyloses

de la mâchoire, par Kouzmine. (*Rev. de chir.*, décembre.) — Résection d'une moitié du maxillaire inférieur, prothèse immédiate, résultat au 12e jour, par Michaux. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 620.) — De la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur, par Vautrin. (*Revue méd. de l'Est*, 15 août.) — Discussion de la Société laryngologique sur l'éclairage par transparence des os de la face et de la pupille dans l'abcès du sinus maxillaire. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 octobre.) — Du diagnostic des suppurations du sinus maxillaire, par Burger. (*Monats. f. Ohrenh.*, nov.) — Empyème latent du sinus maxillaire, par Deschamps. (*Dauphiné méd.*, novembre.)

Médecine. — Les rapports de la physiologie et de la médecine, par Paton. (*Edinb. med. j.*, décembre.) — Historique des Sociétés médicales de Berlin, par C. Posner. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 décembre.) — De l'enseignement clinique moderne, par Hayem. (*Bull. méd.*, 20 décembre.) — Commentaire médical de la loi, sur les assurances contre les accidents du 6 juillet 1884, par Ed, Golebiewski. (*Berlin.*) — Commentaire de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, par Dubrac. (*Annales d'hyg. publ.*, XXX, p. 5, juillet.) — De l'enseignement de la médecine en Allemagne, par Withington. (*Boston med. journal*, 14 décembre.)

Médecine (hist.). — La circulation du sang et ses adversaires, par Folet. (*Rev. scientif.*, 11 novembre.) — La Rome moderne au point de vue médical et hygiénique, par W.-F. Eckhardt. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 juillet.) — Un auteur allemand en costume français, par Hermann W. Freund. (Critique del'édition française de l'*Histoire de l'obstétrique* de Siebold, publiée par Hergott.) (*Ibid.*, 27 nov.) — Max von Pettenkofer et les services qu'il a rendus à l'hygiène scientifique et pratique, par K.-B. Lehmann. (*Deuts. Viertelj. f. oeffentl. Gesundheitspflege*, XXV, 361.) — Von Pettenkofer comme écrivain vulgarisateur, par E. Roth. (*Ibid.*, p. 386.) — Astley Cooper et son œuvre, par Mac Cormac. (*Brit. med. j.*, 16 décembre.)

Médecine légale. — Manuel de chimie médico-légale, par Georg Baumert. (*Brunsvick.*) — Des impulsions morbides à la déambulation au point de vue médico-légal, par Denommé. (*Thèse de Lyon.*) — Recherches bactériologiques sur la putréfaction des nouveau-nés et applications médico-légales, par Malvoz. (*Presse méd. belge*, 31 décembre.) — De l'hystéro-traumatisme devant la loi dans les accidents de chemins de fer, par Fabre. (*Thèse de Paris*, 14 décembre.) — L'étude des champignons développés sur les cadavres pourrait-elle fournir des données utiles à la médecine légale ? par F. Heim. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXX, p. 97, juillet.) — Les maisons de santé privées ordinaires et le secret professionnel, par Leblond. (*Ibid.*, XXX, p. 95, juillet.) — Rapport médico-légal sur un meurtre commis par un aliéné (paralytique général), par Motet. (*Ibid.*, XXX, p. 87, juillet.) — Demande de divorce basée sur l'abstention du devoir conjugal et la virginité de la femme malgré deux mariages. (*Ibid.*, XXX, 2, p. 174.) — Accidents de chemins de fer et expertises médico-légales, par A. Dubrac. (*Ibid.*, p. 210, septembre.) — Etude médico-légale sur l'homme-moteur : accidents et précautions, par Bézy. (*Ibid.*, 4, p. 289.) — Lésion rare de l'artère vertébrale, par R. de Josselin et Jong. (*Ibid.*, p. 339.) — Suicide par laudanum avec hémorragies, par Dufour. (*Ibid.*, p. 344. — Assurance des médecins contre les accidents professionnels. Jugement du tribunal de la Seine. (*Ibid.*, 5, p. 457, novembre.) — Blessures de l'oreille au point de vue médico-légal, par Huettig. (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und oeff. Sanit.*, VI, p. 201, octobre.) — Vaste rupture du cerveau sans

fracture du crâne, p. T. Zaaijer. (*Ibid.*, VI, p. 238.) — Cause de la mort dans la pendaison, par A. Ignatowsky. (*Ibid.*, p. 251.) — De la mort subite, par A. Kuehner. (*Ibid.*, p. 263.) — Empoisonnement par le phosphore, par C. Seydel. (*Ibid.*, p. 280.) — Simulation de folie, par Kroemer. (*Ibid.*, p. 286.) — Surarbitrage du comité supérieur prussien dans une question d'état mental d'un employé des postes, par Moeli et Jolly. (*Ibid.*, supplément p. 1.) — De la cyanhématine, par Heinrich Szigeti. (*Ibid.*, p. 9.) — Idiotie morale, par E. Bleuler. (*Ibid.*, p. 54.) — Simulation ou folie ? par C. Werner. (*Ibid.*, p. 78.) — Hernie étranglée ou accident professionnel ? par J. Koehler. (*Ibid.*, p. 87.) — Examen microscopique des sécrétions chez les filles soumises, par Hans Flatten. (*Ibid.*, p. 91.) — Phobies neurasthéniques au point de vue du service militaire et des aptitudes professionnelles, par Berillon. (*Rev. d'hyg.*, XV, 11, p. 983.) — Etude médico-légale sur les caractères extérieurs des blessures produites par les revolvers, par Castaing. (*Thèse de Bordeaux.*) — Les (65) blessures par armes à feu, objets de rapports médico-légaux depuis 10 ans en Livonie, par Hugo Wendel. (*Thèse Dorpat*, 1893 ; mortalité par complications viscérales, 22,6 0/0 (28 par blessure du cerveau) ; par septicémie, 14,7 ; par hémorragie, 26,9.) — Rapport médico-légal du comité prussien pour affaires médicales sur l'état mental d'une veuve ayant fait un contrat viager, par Moeli et Skrzeczka. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, VI, p. 1.) — Importance médico-légale de l'inversion utérine post mortem, par Kaltenbach. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 octobre.) — Méthode pour séparer les acides de l'arsenic dans les liquides organiques, par A. Sencri. (*La Riforma medica,* 19 novembre.)

Médecine militaire. — Traité de chirurgie de guerre, par Karl Sydel. (In-8°, 288 p., *Stuttgard.*) — Le chargement du soldat, par Forgue. (*Arch. de méd. milit.*, décembre.) — De l'influence de la méthode antiseptique dans la thérapeutique des plaies d'armes à feu ; de l'intervention chirurgicale sur les champs de bataille, par Demmler. (*Gaz. des hôp.*, 2 décembre.) — Ancien procédé pour placer les brancards de malades sur les chariots de campagne, par Kirchenberger (*Der Militärartz*, 6, p. 41.) — De la révolution provoquée en chirurgie militaire par les nouveaux fusils, par Andrews. (*Journal Americ. med. Ass.*, 23 décembre.) — Action des projectiles de petit calibre sur le corps humain, par Démosthène. (*Bull. Acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 6 décembre.) — Des mesures préventives contre les épidémies au point de vue médico-militaire, par Frohlich. (*Der Militärartz*, 23, p. 177.) — Sur la stérilisation du pain de munition et du biscuit, par Balland et Masson. (*Arch. de méd. milit.*, décembre.)

Mélanose. — Mélanose généralisée à point de départ oculaire, cœur, reins, intestin, etc., mélanome du foie pesant 15 livres, par Lévé. (*Soc. anat. Paris*, 29 décembre.)

Méninge. — Sur l'évolution de la méningite traumatique, par Fr. Kaczorowski. (*Gaz. lek.*, 19) — Sur un cas de méningite tuberculeuse, par Chavannaz. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 novembre.) — De la signification de l'herpès labial dans la méningite cérébro-spinale, par Klemperer. (*Berl. klin. Woch.*, 17 juillet.) — Lésion dans un cas de méningite cérébro spinale de l'enfance, par Letz. (*Ibid.*, 27 novembre.) — Pachyméningite interne hémorragique et traumatique, par E. Koehl. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre.) — 2 cas de pachyméningite suppurée externe guéris par la trépanation, par Zaufal. (*Prager. med. Woch.*, 45.) — Un cas de méningocèle, par Sloan. (*Journal Americ. med. Ass.*, 9 décembre.) —

Volumineux méningocèle congénital, par Fenn. (*Brit. med. j.*, 2 décembre.) — De l'endothéliome des méninges spinales, par Troitzky. (*Prager med. Woch.*, 13 décembre.) — Sarcome primitif de l'arachnoïde, par Raymond. (*Soc. Anat. Paris*, 15 décembre.)

Menstruation. — Étude de la menstruation et de l'ovulation, par Léopold et Mironoff. (*Arch. f. Gynaek.*, XLV, 3.) — La ménopause : ses accidents et leur traitement, par Éloy. (*Journal des praticiens*, 55, p. 847.) — Absence de menstruation, femme de 24 ans, par Mitchell. (*N. York. Acad. of med.*, 28 décembre.) — Oophorectomie pour dysménorrhée due à un ulcère infantile, par Hinkson. (*N. York med. j.*, 18 novembre.)

Moelle. — Sur l'histogenèse de la névralgie dans la moelle épinière, par Colella. (*Arch. ital. de biol.*, XX, 2 et 3.) — Contribution clinique au trajet des fibres du bulbe, par Toby Cohn. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 300, 14 août.) — La moelle épinière et l'encéphale avec applications physiologiques et médico-chirurgicales, par Debierre. (*in-8° Paris.*) — La structure de la moelle, par Stieda. (*Deutsche med. Woch.*, 50, p. 1339.) — De l'asymétrie des deux moitiés de la moelle, suite de structure anormale de la moelle allongée, par Pick. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, L, 1 et 2.) — De la pachyméningite chronique ossifiante et de la compression de la moelle chez le chien, par Dexler. (*Wiener med. Presse*, 17 décembre.) — Sur la dégénérescence rétrograde du faisceau pyramidal, par Sottas. (*Soc. de biol.*, 25 novembre.) — Des affections combinées systématiques de la moelle, par Hochhaus. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IV, 5 et 6.) — Un cas de destruction traumatique totale de la moelle à la région cervico-dorsale des paralysies et troubles réflexes patellaires dans les sections transversales de la moelle, par Bruns. (*Arc. f. Psychiat.*, XXV, 3.) — Des dégénérescences secondaires aux sections totales de la moelle, à propos du cas de Bruns, par Pattrik. (*Arch. f. Psychiat*, XXV, 3.) — Nevrite optique et myélite aiguë, par F. Schanz. (*Deutsche med. Woch.*, 26. p. 615.) — De la polyomyélite, par Goldscheider. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIV, 3 et 4.) — Un cas de myélite centrale aiguë, par Mehrer. (*Wiener med. Wochenschr.*, 45, p. 1809.) — Recherches nouvelles sur le tabes, par Mœbius. (*Schmidts Jahrbücher.*, CCXLI, 1.) — Ataxie débutant chez un homme de 18 ans, par Adler. (*Deutsche med. Woch.*, 26, page 631.) — Tabes avec symptômes bulbaires, par Chvostek. (*Neurol. Centralb.*, 15 novembre.) — De la maladie de Friedreich, par G. Rauzier. (*N. Montpellier méd.*, 37. par 725.) — Ataxie de Friedreich et ataxie vulgaire ; recherches anatomo-histologiques, par G. Mirto. (*Giornale assozi. napoletana di medici*, 3, p. 188.) — Un cas de maladie de Friedreich, par James. (*Edinb. med. j.*, décembre.) — Un cas de maladie de Friedreich, par Lunz. (*Deutsche med. Woch.*, 33, p. 789.) — Un cas d'hémiataxie, par Kœppen. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 septembre.) — Pied tabétique, par Braun. (*Deutsch. med. Woch.*, 46. p. 1187.) — Sur les scléroses de la moelle, par Marinesco. (*Roumanie médicale*, août.) — Sur les symptômes de début de sclérose en plaques, par Binard. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du diagnostic différentiel de la sclérose latérale amyotrophique et de la paralysie ou atrophie musculaire, par Verrier. (*France méd.*, 17 novembre.) — Anomalies congénitales de conformation du système nerveux central, dans un cas de méningo encéphalocèle, et en particulier étude des altérations de structure de la moelle épinière, par Staderini. (*Lo sperimentale, memorie originali*, p. 170.) — Contribution à la syringomyélie, par M. Bernhardt. (*Deutsche med. Woch.*, 32, p. 766.) — De la syringomyélie, par Schlesinger. (*Neurol. Centralb.*, 15 octobre.) — Sur les rapports entre la maladie de Morvan et la syringomyélie, par J. Prus. (*Przegl.*

lek., novembre-décembre, 48-52.) — Des troubles de la vue dans la syringomyélie, par GALEZOWSKI. (*Rec. d'ophtalm.*, 9, p. 546.) — Arthropathie de l'épaule dans les syringomyélie, par E. SONNENBURG. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 novembre.) — Myélosyringose, gliome central de la moelle, avec hémorragie spontanée, par DANA. (*N. York neurol. soc.*, 5 décembre.)

Mole. — Des moles vésiculaires, par KEHRER. (*Arch. f. Gynaek.* XLV, 3.)

Molluscum. — Du molluscum pendulum de la vulve, par MAUCLAIRE. (*Ann. de gynéc.*, décembre.) — Molluscum congénital de la paroi abdominale, par ASLAMAN. (*Marseille médical*, 15 août.) — Molluscum contagiosum, par LANG. (*Soc. viennoise de derm.*, 8 mars.)

Monstre. — Un cas d'hémimélie bi-abdominale, par BOURNEVILLE. (*Progrès médical*, 28 octobre.) — Brides amniotiques et exencéphalie, par GUÉNIOT, (*Bull. acad. méd.*, 10 décembre.) — Un cas unique de monstre double (gastrodidymus bimasculinus), par BOCIANSKI. (*Wiener med. Wochenschr.*, 35, p. 1451.)

Morphée. — De la morphée, par ABEILLE DE LA COLLE. (*Thèse de Bordeaux.*)

Mort. — De la mort subite par le cœur, par COUNCILMANN. (*Boston med. Journal*, 9 novembre.) — Mort subite par hémorragie pulmonaire chez un jeune enfant, par HOWARD. (*Arch. of pediat.* X, 11.) — De l'emploi du thermomètre dans la constatation de la mort réelle, par BOURNEVILLE. (*Progrès médical*, 28 octobre.)

Mortalité. — La mortalité dans la ville de Fribourg, par CUONY. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 487.) — Sur la mortalité des âges avant la naissance, par Gustave LAGNEAU, J. BERTILLON. (*Rev. d'hyg.*, XV, p. 632.)

Morve. — Sur la valeur diagnostique de la malléïne, par A. WALENTOWSKI- (*Pregzl. lek.*, octobre, 42.) — La tuberculine et la malléïne, comme moyen de diagnostic de la tuberculose et de la morve, par ROCHARD. (*Union médicale*, 5 décembre.)

Muscle. — Muscles radiaux accessoires, par CHAMBRIN. (*Bull. soc. scient. et méd de l'Ouest*, II, 4, p. 301.) — La longueur et la tension du muscle. par Magnus BLIX. (*Skandin. Arch. f. Physiologie*, IV, p., 399.) — Réponse au travail de F. Schenck sur l'influence de la tension sur le relâchement du muscle, par O. KOHNSTAMM. (*Centralbl. f. Physiologie*, VII, p. 455.) — Réponse à O. Kohnstamm au sujet de la tension et du relâchement du muscle, par Fr. SCHENCK. (*Ibid.*, VII, p. 549.) — Etude des phénomènes musculaires par la méthode de la comparaison des contractions isotoniques et isométriques, par Oscar KOHNSTAMM. (*Arch. für Physiologie*, p. 49.) — Analyse du tétanos, par Oscar KOHNSTAMM. (*Ibid.*, p. 125.) — Remarques dirigées contre le travail de Kohnstamm sur les phénomènes musculaires, par C.-G. SANTESSON. (*Ibid.*, p. 483.) — Sur la contraction paradoxale, par J. von UEXKÜLL. (*Zeits. f. Biologie*, XXX, p. 184.) — Toxicité du suc des muscles fatigués, par VASSALE et ROSSI. (*Riv. sper. de freniat.*, XIX, 4.) — Division congénitale du diaphragme, par A. HOFFMANN. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 septembre.) — Sur les formes de dégénérescence des muscles dans diverses maladies par FUERSTNER. (*Berl. klin. Woch.*, 28 août.) — Polyomyosite aiguë infectieuse, par W. ODERMALT. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — De la myosite suppurée, par TÉDENAT.

(*N. Montpellier méd.*, 48, p. 945.) — Polymyosite et neuvromyosite aiguës, par H. Senator. (*Deutsch med. Woch.*, 39, p. 933.) — Étude de la polymyosite aiguë primitive, 4 nouveaux cas, par Lewy. (*Berl. klin Woch.*, 1er mai.) — Des amyotrophies généralisées, par Mérigot de Treigny. (*Journal des praticiens*, 56, p. 853.) — Les amyotrophies primitives et secondaires d'origine organique et dynamique, par Higier. (*Deutsche med. Woch.*, 39, p. 885.) — Traitement de la maladie de Thomsen, par Th. Scholt. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 décembre.) — Sur une variété de myoclonie, par Colleville. (*Gaz. hebd. Paris*, 18 novembre.) — Remarques sur les ruptures musculaires, par Delorme. (*Gaz. des hôp.*, 21 décembre.)

Mycétome. — Étude du mycétome, par Ruelle. (*Thèse de Bordeaux.*)

Myopie. — Etiologie et prophylaxie de la myopie scolaires, par Martin. (*Journ. d'ocul. Bordeaux*, novembre.) — De la réflexion curviligne du blanc comme signe prodromique de la myopie, par Randall. (*Journal Americ. med. Ass.*, 28 octobre.) — Correction de la myopie très intense, par la discision du cristallin, par Thier. (*Deutsche med. Woch.*, 30 p. 717.)

Myxœdème. — Cachexie pachydermique sans idiotie chez un enfant de 13 ans, par Marsan et Guinon. (*Soc. anat. Paris.* 1er décembre.) — Un cas rare de myxœdème, par Bakowski. (*Pregl. lek.* décembre, 50.) — Myxœdème consécutif à l'influenza, par Mosler. (*Deutsche med. Woch.*, 45. p. 1132.) — Myxœdème opératoire grave de durée insolite, par Hopmann. (*Ibid.*, 51, 1357.) — Le myxœdème et les effets du climat sur la maladie, par Wilson. (*Londres,* 1894.) — Myxœdème acquis et congénital, l'emploi des extraits thyroidiens, par Crary. (*N. York acad. of med.*, 16 novembre.) — Myxœdème guéri par les injections de suc thyroïdien, par Leichtenstern. (*Deutsche med. Woch.*, 49. p. 1297.)

N

Nerf. — Sur la terminaison des nerfs moteurs des muscles striés chez les batraciens, par Rouget. (*Acad. des Sc.*, 4 décembre.) — Les nerfs des chromatophores, par Eberth. (*Fortschr. der Med.*, XI, 14, p. 562.) — Terminaisons nerveuses dans divers épithéliums, par Fusari. (*Arch. ital. de biol.*, XX, 2 et 3.) — Nouvelle technique de fixation et de coloration des nerf, principalement du cylindre axe, par Michel Dansac. (*Soc. anat. Paris*, octobre, p. 550.) — Quelques données chronométriques relatives à la régénération des nerfs, par Vanlair. (*Acad. des Sc.*, 4 décembre.) — Propriétés trophiques des nerfs, par Justus Gaule. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 octobre.) — Traitement de la sciatique compliquée d'atrophie, par de Cérenville. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIII, 11, p. 722.) — Sur un nouveau signe de la sciatique, marche en équerre, par Vadon. (*Thèse de Lyon.*) — Trois cas de sciatique avec scoliose, par St. Strozewski. (*Gaz. lek.*, 6.) — L'érythromélalgie, par Eulenburg. (*Deutsche med. Woch.*, 49, p. 1325.) — Lésion limitée de quelques nerfs spinaux par un cancer secondaire des vertèbres et de la dure-mère, par Johnson et Murray. (*Med. chir. Transact.*, LXXV, p. 47.) — Les douleurs centrales et l'hyperesthésie, par Biernacki. (*Deutsche med. Woch.*, 52, p. 1372.) — Dégénération et régénération des nerfs périphériques à la suite de blessures, par Strœbe. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 août.) — 2 cas de blessure du trijumeau à la base du crâne,

par SCHEIER. (*Ibid.*, 30 octobre.) — Extension et résection du plexus brachial, par HEINLEIN. (*Ibid.*, 16 octobre.) — Les modifications dans la structure de la main, 15 ans après une section du nerf médian au-dessus du coude par GRIFFITHS. (*Journ. of path. and bact.*, II, 3.) — Un cas de déchirure du nerf radial dans une fracture de l'humérus. Suture du nerf; guérison, par FINOTTI. (*Wiener med. Wochensch.*, 51, p. 2045.) — Enclavement du nerf radial. Résection, par ANNEQUIN. (*Dauphiné méd.*, octobre.) — Traitement du tic douloureux de la face, par JARRE. (*Bull. Ac. méd.* et *Bulletin méd.*, 6 septembre.) — Traitement chirurgical de la névralgie faciale; névrectomie de la 2e branche du trijumeau dans la fosse ptérygo-maxillaire à la sortie du trou grand rond, par G. BERNABEO. (*La Riforma medica*, 26 septembre.) — Extirpation du ganglion de Gasser pour une névralgie rebelle, par FINNEY. (*John Hopkins hosp. Bull.*, octobre.) — Névrectomie intra-crânienne et extirpation du ganglion de Gasser, par TIFFANY. (*New-York med. record*, 2 décembre, p. 731.) — Neurofibromes multiples, par UNNA. (*Deutsche med. Woch.*, 49, p. 1315.) — Névrome multiple, par REYNOLDS et COLLIER. (*Manchester path. Soc.*, 13 décembre.) — Névrome pléxiforme, par COLLET. (*Lyon méd.*, 31 décembre.)

Nerveux (**Syst.**). — Histogénèse de la cellule nerveuse et de la névroglie dans le cerveau de quelques poissons chondrostéens, par VALENTI. (*Arch. ital. de biol.*, XX, 2 et 3.) — Sur la structure de la fibre médullaire nerveuse, par G. BOCCARDI. (*Giornale Assoc. napoletana di medici*, 3, p. 215.) — Structure de notre système nerveux, par Wilhelm HIS. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 octobre.) — La cellule nerveuse. Étude histologique suivie de quelques recherches sur les cellules des hémisphères de la grenouille, par BERDEZ. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIII, 457.) — Anatomie des centres nerveux, guide pour l'étude de leur structure à l'état normal et pathologique, par OBERSTEINER, trad. de Coroenne. (In-8°, 515 pages, *Paris.*) — Structure du système nerveux des gastéropodes, par de NABIAS. (*Soc. de biol.*, 2 décembre.) — Traitement hygiénique de la prédisposition nerveuse héréditaire, par MÉRIGOT DE TREIGNY. (*Rev. gén. de clin.*, 43, p. 677.) — Des états complexes d'excitation du système nerveux, par F. FALK. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 septembre.) — De l'acroparesthésie, par FRIEDMANN. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IV, 5 et 6.) — Arthritisme et diathèse nerveuse, par SAKORRAPHOS. (*Progrès médical*, 21 octobre.) — Des transformations myxomateuses des névro-fibromes et du système nerveux central, par UNNA. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVIII, 2.) — Action du cerveau de mouton dans les affections du système nerveux central et les névroses, par ROBERTSON. (*Brit. med. j.*, 16 décembre.) — Neurasthénie traitée par les injections d'extrait nerveux, par EVANS. (*Ibid.*)

Névrose. — Quelques causes de neurasthénie, par ROCKWELL. (*N.-York med. j.*, 18 novembre.) — La mélancolie neurasthénique, par M. FRIEDMANN. (*Deutsche med. Woch.*, 30, p. 712.) — Neurasthénie et arthritisme, urologie, régime alimentaire, traitement, par VIGOUROUX. (In-18, *Paris.*) — Maladie des tics convulsifs, par JOLLY. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er mai.) — Le Juif errant à la Salpêtrière, par H. MEIGE. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 4, 5 et 6, p. 191, 277 et 333.) — De la diminution de la résistance électrique de la tête comme symptôme de la névrose traumatique, par Ludwig MANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 juillet.) — Sur la valeur clinique de la névrose traumatique et sur sa simulation, par H. HIGIER. (*Gaz. lek.*, 11-14.) — Sur la névrose traumatique et sa simulation, par HIGIER. (*Wiener med. Presse*, 20 août.) — Contribution à l'étude de la céphalée, par VERMEL. (*Rev. gén. de clin.*, 47, p. 745.) — Des céphalalgies d'origine oculaire ou cérébrale

par Naegele. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — La migrainine, par Overlach. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1245.) — De la basophobie, par Debove et Boulloche. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 novembre.) — Des névrodermites, névroses cutanées à réactions urticariennes, eczématiformes et lichéniennes, par Wickham. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 décembre.) — La cérébrine alpha et la myéline alpha dans le traitement de quelques névroses, par Althaus. (*Lancet*, 2 décembre.)

Nez. — Anatomie normale et pathologique des fosses nasales et des cavités accessoires, par Zuckerkandl. (2e édit. *Vienne.*) — Des fosses nasales et des cavités accessoires d'après des coupes anatomiques, par Onodi. (*Vienne.*) — Anatomie microscopique des fosses nasales, de la muqueuse olfactive, par Suchannek. (*Archives of otology*, XXII, 4.) — Les affections du nez, cause des maladies des organes voisins et éloignés, par Hozier. (*Australasian med. cong. Sydney*, 1892.) — Statistique des maladies du larynx, du nez et des oreilles constatées chez les élèves de l'école Arago, par Saint-Hilaire. (*Rev. d'hyg.*, XV, p. 297.) — 3 cas de névroses reflexes d'origine nasale, par Pierce. (*Journal americ. med. Ass.*, 18 novembre.) — Des éternuements paroxystiques, par Lennox Browne. (*Brit. laryng. Ass.*, 8 décembre.) — De la céphalalgie habituelle comme symptôme principal de diverses affections nasales, par J. Scheinmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 décembre.) — Aspiration d'eau de Cologne pour juguler les trachéo-bronchites consécutives aux rhumes de cerveau, par Roux. (*Lyon méd.*, 24 décembre.) — Etude de l'épistaxis, 70 cas, par Wagner. (*Inaug. Diss. Marburg.*) — Étiologie et traitement des épistaxis, par Hellmann. (*Zeit. f. aerztl. Landpraxis*, 8.) — Ergotine contre l'épistaxis, par Cleaver. (*Sheffield med. chir. Soc.*, 23 novembre.) — Mucocèle et empyème des cellules ethmoïdales et du sinus sphénoïdal, par Knapp. (*Journ. americ. med. Ass.*, 2 décembre.) — Curabilité de la mucosite nasale, par Rumbold. (*Ibid.*) — Contribution à l'étude des suppurations nasales, périostide purulente des cornets consécutive à la carie dentaire, par Dreyfuss. (*Arch. int. de laryng.*, VI, 6.) — Les suppurations des cavités accessoires des fosses nasales, par Schuster. (*Deutsche med. Woch.*, 38, p. 917.) — Carie syphilitique de l'ethmoïde, par Ernest Winckler. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 décembre.) — Le massage vibratoire et électrique des muqueuses, technique, ses résultats dans le traitemént des maladies du nez, de la gorge, des oreilles et du larynx, par Garnault. (In-8° 160 pages, *Paris.*) — De l'incontinence nocturne d'urine avec obstruction des fosses nasales, par Otto. (*St-Petersb. med. Woch.*, 18 septembre.) — Syphilis tertiaire de l'arrière cavité des fosses nasales, par Neebe. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1287.) — Anatomie pathologique et signes cliniques de la rhinite atrophique, par Wingrave. (*Brit. laryng. Assoc.*. 8 décembre.) — Obs. de guérison de rhinite atrophique, par Dunn. (*N.-York med. j.*, 23 décembre.) — Mensurations de la profondeur de la cloison nasale et du pharynx nasal ; contribution à l'appréciation étiologique de l'ozène, par Hopmann. (*Arch. f. Laryngol.*, I, 1.) — Rhinite atrophique fétide, ozène ; traitement par le massage vibratoire, par Watermann. (*Journ. americ. med. Ass.*, 25 novembre.) — Abus de la cocaïne dans le traitement des affections nasales, par Wilkinson. (*Journ. americ. med. Ass.*, 25 novembre.) — Poudre abortive contre le coryza, par Grellety. (*Soc. de thérap.*, 13 décembre.) — Périchondrite idiopathique aiguë de la cloison nasale, par W. Lublinski, idem, par Schrœder. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 novembre.) — Luxation du cartilage du nez, par Heidenhain. (*Ibid.*, 2 octobre.) — Opérations pratiquées sur la cloison nasale, par Curtis. (*Journal americ. med. Ass.*, 25 novembre.) — Tuberculose nasale, 10 nouveaux cas, par Herzog. (*Americ. j. of*

med. sc., décembre.) — Deux cas de tuberculose de la muqueuse nasale, par W. Wroblewski. (*Gaz. lek.*, 19.) — Étude sur le traitement de la syphilis des sinus du nez, par Schuster. (*Arch. f. Dermat.*, XXVI, 2.) — De l'occlusion osseuse congénitale des choanes, par Hems. (*Inaug. Dissert. Marburg.*) — Occlusion complète des deux narines par des bandes cicatricielles, opération, guérison, par Mayer. (*N.-York eye and ear infirm. Rep.*, janvier.) — Occlusion osseuse congénitale de la narine droite, par Mayer. (*Ibid.*) — Occlusion osseuse congénitale de l'orifice postérieur des narines, par Bennett. (*Annals of opht. and otol.*, janvier.) — Traitement de l'obstruction du canal nasal, par Wood. (*Journal americ. med. Ass.*, 28 octobre.) — 2 observations de rhinolithe, par Gomez. (*Archivos int. de rhinol.*, novembre.) — Opération sur la cloison nasale, par Curtis. (*Jour. americ. med. Assoc.*, 25 novembre.) — Abcès de la cloison nasale, par Beausoleil. (*Soc. anat. Bordeaux*, 13 novembre.) — Trousse de poche pour la gorge, le nez et les oreilles, et modification du laryngoscope, par Avellis. (*Arch. f. Laryngol. and Rhinol.*, I, 1.) — Des angiomes caverneux de la muqueuse nasale, par Schwager. (*Arch. f. Laryngol.*, I, 1.) — Des kystes osseux des cornets moyens, par Beausoleil. (*Rev. de laryng.*, 1er décembre.) — Sur la coexistence de diverses tumeurs dans les fosses nasales et dans le pharynx, par Kafemann. (*Rev. int. de rhinol.*, 10 décembre.) — Sur une variété rare de myxome nasal, par Luc. (*Arch. int. de laryng.*, VI, 6.) — Sarcome récidivé des fosses nasales avec abcès du sinus maxillaire, par Herzfeld et Lublinski. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 783, 7 août.) — Speculum nasal aseptique, par Scott. (*N.-York. med. j.*, 9 décembre.) — Rhinoplastie sur support métallique, par Forgue. (*Arch. prov. de chir.*, II, 12.) — Une méthode de rhinoplastie, par Parker Syms. (*N.-York med. j.*, 15 décembre.) — Acné rosacée hypertrophique, ablation du nez, rhinoplastie, guérison en 15 jours, par Delie. (*Rev. int. de rhinol.*, 25 décembre.) — Rhinosplastie pour lupus, par Israel. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 novembre.)

C

Occlusion intest. — L'occlusion intestinale et son traitement, par d'Auria. (*Progresso med.*, 15 décembre.) — Occlusion congénitale complète de l'iléon, par Grisson. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1234.) — Constriction et torsion de l'iléon par une bride fibreuse avec issue mortelle le vingt-unième jour, par J. Buchholz. (*Norsk Magazin*, janvier.) — Occlusion intestinale, suite de laparotomie, par Dunning. (*N. York med. j.*, 25 novembre.) — Discussion à l'Assoc. britannique sur le traitement de l'occlusion intestinale. (*Brit. med. j.*, 23 décembre.) — De l'emploi des lavages stomacaux dans l'occlusion intestinale aiguë, par Pollak. (*Wiener med. Wochenschr.*, 51 et 52, 1892, et 1 à 4, 1893.) — Réduction par le massage des invaginations intestinales, par Harder. (*Berlin. klin. Wochens.*, 4 décembre.) — Traitement de l'iléon, par Ritter. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — 8 cas d'opérations pour occlusion intestinale aiguë, par Roux. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 12, p. 775.) — Laparotomie pour iléus ; guérison, par Kurz. (*Münch. med. Woch.*, 36. p. 672.) — *Idem*, par Gossmann. (*Ibid.*, 52.) — Etranglement interne guéri par la laparotomie, par Riegner. (*Deutsche med. Woch.*, 23, p. 561.)

Œdème. — Œdème cutané névropathique d'origine traumatique, élongation du nerf cubital, guérison par Bircher. (*Cent. f. Gynaek.*, 25.) — Les œdèmes arthritiques, par Huchard. (*Journal des praticiens*, 54, p. 829.) — De la formation de kystes dans l'œdème lymphatique, par Ledderhose. (*Berlin. klin. Wochens*, 16 octobre.)

Œil. — Recherches sur le pigment de l'œil, par Scherl. (*Graefe's Arch.*, XXXIX, 2.) — La classification des maladies des yeux pour les statistiques hospitalières, par Jackson. (*Journal americ med. Ass.*, 4 novembre.) — La législation des Etats-Unis vis-à-vis de la prophylaxie de la cécité, par Howe. (*Ibid.*, 25 novembre.) — Le diplocoque de Fraenkel en pathologie oculaire, par Gasparini. (*Ann. di ottalm.*, XXII, 4.) — La plume électrique d'Edison dans l'ophtalmologie, par Maklakoff. (*Arch. d'opht.*, XIII, 9.) — Note sur les lunettes bi-focales dans l'aphakie, par Wurdemann. (*Journal. americ. med. Ass.*, 28 octobre.) — Inconvénients des verres teintés, par Trousseau (*France méd.*, 15 décembre.) — Du port excentrique de la tête dû à un manque d'équilibre entre les muscles moteurs des yeux, par Colburn. (*Journal americ. med. Ass.*, 28 octobre.) — De l'influence pernicieuse de l'albinisme sur les yeux, par Gould. (*Ibid.*, 4 novembre.) — Sur les moyens de découvrir la simulation de l'amaurose unilatérale et de l'amaurose double, par B. Wicherkiewicz. (*Now. lek.*, 1.) — Contribution à l'étude de l'accommodation, par Michel. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, juillet et août.) — Exophtalmos pulsatil de l'œil droit consécutif à une fracture de la base du crâne et traité par la compression directe, amélioration notable, par Despagnet. (*Rec. d'ophtal.*, 5, p. 362.) — Hydrophtalmie congénitale double, par Pflueger. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 août.) — De l'ophtalmie purulente considérée au point de vue de sa spécificité microbienne, par Hinde. (*Journal americ. med. Ass*, 14 octobre.) — De l'ophtalmie phlycténulaire, par Reynolds. (*Ibid.*, 14 octobre.) — Un cas de spasme persistant de l'accommodation guéri temporairement par la ténotomie du droit externe, par Baker. (*Journal americ. med. Ass.*, 28 octobre.) — Expériences pratiques sur les anomalies des muscles oculaires, par Murrell. (*Ibid.*, 28 octobre.) — Un cas de paralysie traumatique totale de l'oculo-moteur, par Goldschmid. (*Wiener med. Woch.*, 7, p. 281.) — Des paralysies oculaires chez les enfants du premier âge, par Sauvineau. (*Rec. d'opht.*, 9, p. 528.) — Contribution à l'étude de la paralysie récidivante de l'oculo-moteur commun, par Lyder Borthen. (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk.*, septembre,) — Un cas de paralysie récurrente du nerf moteur oculaire, par Jack. (*Boston med. Journal*, 21 décembre,) — Plusieurs cas d'ophtalmoplégie, par Jolly. (*Berlin. klin. Wochens.*, 11 septembre.) — Amaurose cérébrale aiguë de l'enfance, par Gay. (*London opht. hosp. Rep.*, XIII, 4.) — Sur la névrite optique héréditaire, par Daussat. (*Thèse de Lyon.*) — Névrite chronique rétro-bulbaire, par Cheatham. (*Med. News*, 30 décembre.) — Le traitement électrique de l'atrophie tabétique du nerf optique. par V. Capriati. (*La Riforma medica*, 2 octobre.) — Un cas de phtisie essentielle du bulbe, par Gagarin. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, juillet.) — Deux cas de blessures de l'œil (1° esquille de fer dans le corps vitré, extraction par l'aimant 2 jours plus tard ; 2° éclats de pierre dans le cristallin), par Fick. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er septembre.) — Une observation de contusion du globe oculaire, par de Mets. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, p. 184, août.) — Des sutures dans les plaies de l'œil, par Bonnaud. (*Thèse de Lyon.*) — Tumeur mixte du nerf optique et de l'orbite, par Bourgeois et Gaube. (*Union méd. du Nord-Est,* 7, p. 192.) — Etudes sur les tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes, par Lagrange. (In-8°, 278 p., Paris.) — Sarcome mélanique

du corps ciliaire, par J. HIRSCHBERG. (*Berlin. klin. Wochens.*, 11 déc.) — Du violet de méthyle dans le traitement des affections des yeux, par TIFFANY. (*Journal americ. med. Ass.*, 12 octobre.) — Du lavage naturel par les sécrétions des culs-de-sac conjonctivaux, par STORT. (*Hyg. Rundsch.*, II, p. 821.) —Sur certains dangers de l'emploi de l'atropine et de l'emploi d'un nouveau mydriatique, la scopolamine, par DERBY. (*Boston med. Journal*, 28 décemb.) Réflexions sur l'emploi des injections sous-conjonctivales de sublimé dans les affections oculaires. Du traitement des conjonctivites purulentes, des inflammations de l'iris et de la choroïde, par BORBÉ. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, 7, p. 596.) — Des prétendus inconvénients de la cocaïne pour l'œil, par HEGG. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre.) — Les effets de la cocaïne sur l'œil expliqués par son action sur le sympathique, par LAQUEUR. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 août.) — Les injections séquardiennes en thérapeutique oculaire, par de WECKER. (*Ann. d'ocul.*, novembre.) — De l'emploi des injections d'extrait organique dans le traitement des différentes formes de névrite optique, par de BOURGON. (*Ibid.*)

Œsophage. — Pseudo-rétrécissement de l'œsophage avec cancer du foie, par Mayo COLLIER. (*Brit. laryng. Assoc.*, 8 décembre.) — Sur les grandes dilatations idiopatiques (sans rétrécissement) de la partie inférieure de l'œsophage, par M. REICHMANN. (*Gaz. lek.*, 5.) — Rétrécissement spasmodique et organique de l'œsophage, 2 cas, par PEPPER. (*Med. News*, 25 novembre.) — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage au niveau du cricoïde, par WHITE. (*Journ. of laryng.*, décembre.) — Nouveaux dilatateur pour rétrécissements de l'œsophage (agissant par pression hydraulique), par Julius SCHREIBER. (*Berlin. klin. Woch.*, 765, 7 août.) — Œsophagotomie, réunion par première intention, par POST. (*Boston med. Journal*, 28 décembre.) — Sur un cas d'épithéliome cylindrique de l'œsophage, par CHAVANNAZ. (*Journal méd. Bordeaux*, 31 décembre.) — Gastrostomie pour cancer primitif de l'œsophage, par KEEN. (*Annal. of surg.*, décembre.)

Orbite. — Cellulite orbitaire et abcès palpébral d'origine dentaire, par FAGE. (*Soc. d'opht. Paris*, 7 novembre.) — Phlegmon des deux orbites, par GALLEMAERTS. (*Mercredi médical*, 8 novembre.) — Deux cas de plaie par arme à feu de l'orbite, par K. NOISZEWSKI. (*Gaz. lekarka*, décembre, 50.) — Deux cas de tumeurs de l'orbite, par WHITE. (*Journal americ. med Ass.*, 28 octobre.) — Sur les exostoses de l'orbite, par LEMOND. (*Ibid.*, 28 octobre.) — Sarcome primitif de l'orbite, par STIRLING. (*London opht. hosp. Rep.*, XIII, 4.) — Un cas de mélanosarcome primitif de l'orbite, par WALTER. (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk.*, octobre.)

Oreille. — Les limites de l'audition pour les sons bas et élevés en rapport avec l'âge, par CUPERUS. (*Thèse de Leyde.*) — Observation sur un cas d'audition colorée, par Mlle ASTIER. (*Gaz. hebd. Paris*, p. 600, 16 décemb.) — Anthropologie de l'oreille chez les criminels, par DAAE. (*Archives of otology*, XXII, 4.) — Sur les bruits subjectifs dans l'oreille et dans la tête, par S. GOLDFLAM et S. MEYERSON. (*Medycyna*, novembre, 46-47.) — Etat de l'audition chez 47 vieillards de 70 à 90 ans, par TREITEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 mai.) — Les maladies artificielles de l'oreille, par HEIMAN. (*Ann. mal. de l'or.*, décembre.) — Herpès symétrique des oreilles, par GLOVER. (*Lancet*, 30 décembre.) — Lupus de l'oreille moyenne, par WAPPNER. (*Soc. vien. de Dermat.*, 19 avril.) — Surdité profonde syphilitique, par DESCHAMPS. (*Dauphiné méd.*, octobre.) — Traitement de l'otite moyenne scléreuse chez quelques enfants par la solution iodo-iodurée prise à l'inté-

rieur, par CHAMBELLAN. (*Journ. de clin. infant.*, I, 8.) — De l'emploi de la cocaïne en otiatrie, par HECHT. (*Münch. med. Woch.*, 37, p. 699.) — Des dangers des irrigations nasales pour l'oreille, par MÜHR. (*Thèse de Halle.*) — L'ichthyol dans l'otite, par SOLT. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 novembre.) — Otites grippales, par KELLER. (*Deutche med. Woch.*, 48, p. 1290.) — Sur l'otite moyenne aiguë pendant l'influenza, par L. GOURANOWSKI. (*Medycyna*, novembre, 44-45.) — Otite moyenne suppurée dans le typhus exanthématique, par BRUNELLE. (*Bull. méd. du Nord.*, 22 décembre.) — La cause et l'importance de la rétention du pus dans l'oreille, par GRUNERT. (*Münch. med. Woch.*, 42, p. 787.) — Un cas de carie du rocher, par BARCK. (*Journal americ. med. Ass.*, 18 novembre.) — Du traitement de l'otite moyenne chronique, par HEATH. (*Ibid.*, 18 novembre.) — Du traitement de la surdité chronique, du tintement auriculaire et du vertige tympanique par l'ablation de l'enclume et de l'étrier, par BURNETT. (*Ibid.*, 18 novemb.) — Les maladies dans lesquelles on peut obtenir de bons résultats de l'excision du tympan et des osselets, par SMITH. (*Ibid.*, 2 décembre.) — De l'extraction des osselets dans l'otorrée, par MOURE. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 31 décembre.) — L'opération de Stacke pour la carie comprenant l'oreille moyenne, historique, procédé, relation de 12 cas, par HOLMES. (*Archives of otology*, XXII, 4.) — Obs. d'ablation de l'étrier, par BEZOLD. (*Ibid.*, XXII, 4.) — *Idem*, par BLAKE. (*Ibid.*) — Traitement chirurgical de l'otorrée, 50 cas d'opération de Stacke, par SCHMIEGELOW. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXV, 30.) — Traitement de la surdité progressive et persistante et de l'otite suppurée chronique par l'ablation des osselets, par MEYJES. (*Nederl. Tijdsch. v. Geneesk.*, 1.) — 2 cas d'extraction d'osselets auditifs malades, par TREITEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 juillet.) — Observations de stapedectomies, par JACK. (*Boston med. Journal*, 14 décembre.) — Traitement chirurgical des suppurations de l'oreille moyenne, par SCHMIEGELOW. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXV, 1.) — Contribution à l'étude de l'ablation du marteau, par EITELBERG. (*Wiener med. Wochensch.*, 28, p. 1209.) — Sur 9 opérations de mobilisation de l'étrier dans des cas de surdité ancienne, par GORIS. (*Rev. int. de rhinol.*, 25 décembre.) — Traitement antiseptique et chirurgical des suppurations du récessus épitympanique ou attique, par COZZOLINO. (*Boll. mal. dell'orecchio*, XII, 1.) — Nouveau mode de traitement des abcès du conduit auditif externe par le tubage, par COURTADE. (*Ann. mal. de l'or.*, décembre.) — De l'hyperostose du rocher dans les suppurations chroniques de l'oreille et de ses rapports avec les affections intracraniennes d'origine auriculaire, par LEMCKE. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 septembre.) — Cas de mastoïdite de Bezold, par VULPIUS. (*Archives of otology*, XXII, 4.) — Abcès cérébral consécutif à une otite moyenne suppurée, guéri par une opération, par Max SCHEIER. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 septembre.) — Méningite suppurée mortelle, suite d'otite moyenne, par KIRCHNER. (*Ibid.*, 5 juin.) — La thrombose des sinus, suite d'otite suppurée, par JANSEN. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXVI, 1.) — Pyémie, suite d'otite guérie, ligature de la jugulaire, lavages du bout périphérique de la veine et du sinus transverse, par GRUNERT. (*Ibid.*, XXXVI, 1.) — Complications intracraniennes de l'otite moyenne chronique, par HATTON. (*Staffordshire branch of Brit. Assoc.*, 30 novembre.) — Otite suppurée, méningite suppurée circonscrite, trépanation, guérison, par STEWART. (*Brit. med. j.*, 16 décembre.) — Otorrée, thrombose du sinus latéral, opération, ouverture du sinus, guérison, par BALLANCE. (*London med. soc.*, 27 novembre.) — Technique de la trépanation cranienne pour les abcès cérébraux, suite d'otite, par HANSBERG. (*Zeit f. Ohrenh.*, XXV, 1.) — Plaies de l'oreille par armes à feu, par P. AVOLEDO. (*Il Morgagni*, octobre.) — Rupture par effort du conduit externe, hémorragie persistante, par COURTADE. (*Bull. soc. de laryng.*

Paris, novembre.) — Coup de feu dans l'oreille droite, par Menière. (*Arch. int. de laryng.*, VI, 6, et *Bull. Soc. de laryng. Paris*, décembre.) Hématome spontané du pavillon de l'oreille, par Marais. (*Année méd. Caen*, octobre.) — Fistules congénitales du pavillon de l'oreille, par Vauthier. (*Ann. policlin. Paris*, mars.) — Extirpation d'une exostose du conduit auditif, par Hecke. (*Deutsche med. Woch.*, 23, p. 552.) — Fibrome du conduit auditif, par Scheibe. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXV, 1.) — Nouvelles contributions à l'étiologie et au traitement du cholestéatome de l'oreille moyenne, par Siebenmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 794, 14 août.) — Opérations : 1° de corps étrangers de l'oreille au début de cholestéatome ; 2° d'ostéite granuleuse primitive du temporal et de l'occipital ; 3° de séquestres tuberculeux de l'oreille ; 4° et 5° de 2 abcès du cervelet, l'un avec thrombose des sinus et méningite de la base, par Koch. (*Ibid.*, 6 novembre.)

Oreillons. — Des oreillons, par Meliande. (*Thèse de Toulouse.*) — Lésions de l'oreille, suite d'oreillons, par Tsakyroglous. (*Monats. f. Ohrenh.*, octobre.)

Os. — Etude expérimentale et histologique des troubles de l'accroissement des os par lésions des cartilages de conjugaison, par Nové-Josserand. (*Thèse de Lyon.*) — Morphologie comparée de l'os carré, par Remy Saint Loup. (*Soc. de biol.*, 25 novembre.) — Recherches expérimentales sur l'irritation mécanique des cartilages épiphysaires, par Ghillini. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 4.) — Réimplantation d'un fragment osseux complètement détaché, par Koerte. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 novembre.) — Remplissage de cavités avec des os décalcifiés, par Nicolaysen. (*Norsk Magazin*, mai.) — Fragilité des os avec fractures multiples et consolidation vicieuse, par Wight. (*Annals of surg.*, décembre.) — L'ostéomyélite aiguë vertébrale, par R. Morian. (*Deutsche med. Woch.*, n° 48, p. 1258, 1893.) — 3 cas d'ostéomyélite aiguë chez l'enfant traités par la méthode de Tscherning, par Karewski. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 novembre.) — Ostéomyélite infectieuse aiguë mortelle du membre supérieur, suite de traumatisme chez une fillette convalescente de diphtérie, par Pégaitaz. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 498.) — De l'ostéomyélite aiguë, par Muller. (*Münch. med. Woch.*, 47 et 48, p. 885 et 910.) — Sur l'ostéomyélite à bacille d'Eberth, par Achard et Broca. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 15 décembre, et *Mercredi médical*, 21 décembre.) — De l'ostéomyélite aiguë et de ses rapports avec les infections pyogènes, par Jordan. (*Beiträge zur klin. Chir.*, X.) — De l'ostéomyélite larvée, des ostéalgies ostéo-myélitiques, par Mialaret. (*Thèse de Lyon.*) — Lambeau ostéo-cutané pour guérir les vastes pertes de substance du tibia consécutives à l'ostéomyélite, par Jaboulay. (*Arch. prov. de chir.*, III, 2.) — Prophylaxie des pseudarthroses dans l'ostéomyélite du tibia, par Drobnik. (*Deutsche med. Woch.*, 49, p. 1303.) — Régénération du tibia expulsé en totalité à la suite d'une ostéomyélite, par Sonnenburg. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 novembre.) — Traitement mécanique de l'ostéite du genou, par Luig Taylor. (*N. York med. j.*, 18 novembre.) — Cure radicale des fistules ossifluentes tuberculeuses par les instillations de chlorure de zinc au 10e et traitement des ostéoarthropathies fongueuses supprimées par la fongotripsie et le chlorure de zinc, par Thiéry. (*Rev. de la tuberc.*, octobre.) — Des ostéo-arthrites tuberculeuses chez les vieillards, par Vigerie. (*Thèse de Lyon.*) — Ostéo-arthropathie aiguë chez une aliénée, par Potovski. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 6, p. 322.) — Ostéo-arthropathie hypertrophique pneumique, par Kerr. (*Bradford med. chir. Soc.*, 7 novembre.) — Note sur

l'ostéotomie, par DESCHAMPS. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 novembre.) — Ostéotomie pour genu valgum et varum, par LUENING. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 novembre.) — De l'ostéite albumineuse, 4 cas, par SCHOLZ. (*Inaug. diss. Greifswald.*) — 2 cas de périostite albumineuse, par SCHRANK. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 4.) — Ostéomalacie chez l'homme, par STRAUSCHEID. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1268.) — La nouvelle théorie sur l'ostéomalacie de Petrone. Altérations des éléments sanguins dans un cas de cette maladie, par N. TSCHISTOWITSCH. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 septembre.) — De l'ostéomalacie, par SEELIGMANN. (*Ibid.*, 30 octobre.) — De l'ostéomalacie puerpérale, par KLEIN. (*Wiener med. Presse*, 26 novembre.) — Du traitement chirurgical de l'ostéomalacie, par v. VELITS. (*Ungar. Arch. f. Med.*, II, 2.) — De l'ostéomalacie traitée par l'hystéro-salpingo-oophorectomie, par G. CONDIO. (*Il Morgagni*, décembre).

Ovaire. — Etude expérimentale sur la migration de l'œuf de l'ovaire à la trompe, par LODE. (*Arch. f. Gynaek.*, XLV, 2.) — Hernie de l'ovaire, par LOCKWOOD. (*London pathol. soc.*, 5 décembre.) — Sur les lésions inflammatoires des ovaires, par PUIG. (*Thèse de Paris*, 13 décembre.) — Péritonite suppurée, suite d'ovarite suppurée, par BRINDEL. (*Journal méd. Bordeaux*, 17 décembre.) — Ovarite, périovarite, périsalpingite, hématome de l'ovaire, par EBERHARDT. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1288.) — Traitement chirurgical de la salpingo-ovarite, par R. ASCH. (*Ibid.*, 40, p. 962.) — Kystes de l'ovaire, par J. RENDU. (*Lyon méd.*, 10 septembre.) — De l'inexactitude de la théorie parthénogénétique de kystes dermoïdes de l'ovaire, par BARD. (*Gaz. hebd. Paris*, 4 novembre.) — Kyste dermoïde de l'ovaire droit ; extirpation incomplète à cause d'adhérences intimes au rectum, par DUBAR. (*Bull. méd. du Nord*, 23, p. 521.) — Kyste dermoïde de l'ovaire communiquant par une fistule avec l'S iliaque, par COLLE. (*Ibid.*, 21, p. 473.) — Cysto-épithéliome des deux ovaires, laparotomie, guérison, par BINAUD. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 novembre.) — Tumeur mixte de l'ovaire, ouverture du kyste dans le péritoine, greffes péritonéales multiples, ascite, laparotomie, mort, par ORRILLARD. (*Soc. anat. Paris*, 24 novembre.) — Tumeur de l'ovaire pendant la grossesse, par Hugo FEILCHENFELD. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 octobre.) — Opération sur la même femme de 2 kystes des ovaires à 6 ans de distance ; dans la 2e opération, suture du pédicule à la paroi abdominale à cause des adhérences, guérison, par NICOLAS. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 11, p. 723.) — Kyste prolifère de l'ovaire droit, difficultés de diagnostic, laparotomie, guérison, par WOOLONGHUN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 novembre.) — Mécanisme de la torsion du pédicule des tumeurs ovariennes, par G. BACHMANN. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er octobre.) — Tumeur kystique de l'ovaire, ovariotomie, accidents fébriles post-opératoires dus à un abcès profond de la paroi, par MONOD. (*Ann. policl. Bordeaux*, novembre.) — Production de pseudo-kystes dermoïdes de l'ovaire à la suite d'une oophoropexie, par JABOULAY et DOR. (*Arch. prov. de chir.* II,12.) — Les effets de la castration chez la femme, par GOODELL. (*Med. News*, 9 décembre.) — Fibrome de l'ovaire, par DELEGRANGE. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Tumeur ovarique compliquée de restes de grossesse tubaire d'un côté et d'ovaire calcifié de l'autre, par ROSENWASSER. (*Americ. j. of obst.*, décembre.) — Ovariotomie pendant la grossesse, par MAY. (*Brit. med. j.*, 2 décembre.) — 2 cas d'ovariotomie pendant la grossesse, par LEWERS. (*Lancet*, 16 décembre.) — Notes et remarques pour servir à l'histoire des lésions des ovaires et des trompes d'après 11 observations d'ovariotomies, par PICQUÉ et CHARRIER. (*Ann. de gynéc.*, décembre.) —

Kyste ovarique, ovariotomie, par Fortin. (*Normandie méd.*, 1er novembre.) — Considérations sur l'ovariotomie, par Gavrilescu. (*Thèse de Jassy.*) — Ovariotomie chez une femme de 83 ans, par Spencer. (*Brit. med. j.*, 9 décembre.) — De la malignité des papillomes de l'ovaire, par Pfannenstiel. (*Berlin. klin. Wochens.*, 18 septembre.) — Classification des sarcomes ovariens (1° périthéliome vasculaire; 2° endothéliome intravasculaire; 3° endothéliome lymphatique), par Amann. (*Ibid.*, 9 octobre.) — Cancer primitif de l'ovaire droit, laparotomie; guérison depuis 4 mois, par Prat. (*Journ. méd. Bordeaux,* 10 décembre.) — Cancer de l'ovaire droit enlevé chez une fille de 15 ans non encore menstruée, parotidite droite consécutive à la laparotomie; guérison, par Wyder. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 juillet.)

P

Palais. — Le bourrelet palatin chez les aliénés, par Ferrari (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 4.) — Des fissures palatines au point de vue orthophonique, par Chervin (*La Voix*, novembre.) — Forme rare de division palatine, par Allen (*N. York med. j.*, 23 décembre.) — Fissure congénitale du palais, par Hopmann (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1285.) — Tumeur du palais cause d'hémorragies buccales, par Milne (*Brit. med. j.*, 23 décembre.)

Paludisme. — Sur la signification des formes à flagella de la malaria, réponse à Labbé, par Laveran (*Soc. de biol.*, 16 décembre.) — De la malaria, par Nusz (*Der Militärartz*, 8, p. 61.) — Sur les fièvres malariques estivo-automnales de Rome, par Golgi (*Arch. ital. de biol.*, XX, 2 et 3.) — Rapport sur l'endémie de fièvres paludéennes des villages environnant le havre de la Gachère, par Grimaux. (*Ann. d'hyg.*, XXIX, p. 46.) — Un cas de malaria tropicale, par Kohlstock. (*Berl. klin. Woch.*, 23 janvier.) — Des cardiopathies d'origine palustre et de leur traitement, par Baudin. (*Thèse de Paris*, 14 décembre.) — Comment traiter le paludisme chronique, par Eloy. (*Rev. gén. de clin.*, 40, p. 635.) — Etiologie et traitement de la malaria, par P. Moscato. (*Il Morgagni*, octobre.) — Le bleu de méthylène contre l'impaludisme, par Parenski et S. Blatteis. (*Przegl. lek.*, 1.) — Sur l'action antipaludéenne du bleu de méthylène, par W. Dabrowski. (*Gaz. Lekarska*, 4.) — L'influence de la quinine et du bleu de méthylène sur les parasites de la malaria vivants, par Rosin. (*Deutsche med. Woch.*, 44, p. 1068.) — Le bleu de méthylène dans les fièvres palustres à type irrégulier, par Peroni. (*Gaz. degli Ospit.*, XIV, 114.) — L'opium comme préventif de la fièvre intermittente, par Moore. (*Brit. med. j.*, 2 décembre.)

Pancréas. — Un cas de lithiase pancréatique, par Brunet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 avril.) — Les pancréatites, par F. de Grandmaison. (*La Médecine moderne*, 2 décembre.) — Contribution à la connaissance des rapports des maladies du pancréas et de ses vaisseaux (dégénérescence graisseuse de la glande), avec le diabète sucré, par Hoppe-Seyler. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, t. LII, p. 171.) — Du signe de Sahli dans le cancer du pancréas, par Hue. (*Normandie méd.*, 1er avril.) — Sur les formes cliniques du cancer primitif du pancréas, par Perdu. (*Thèse de Lyon.*) — Céliotomie pour abcès du pancréas, par Walsh (*Med. News*, 30 décembre.) — Kyste du pancréas, par Barnett (*New Zealand med. j.*, octobre.) — Kyste du pan-

créas, laparotomie, drainage, par Pitt et Jacobson. (*Med. Chir. transact.*, LXXIV, p. 455.)

Pansement. — Sur l'histoire du pansement ouaté et la part qui lui revient dans les origines de la méthode antiseptique, par Guérin (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 603.) — Des méthodes de traitement aseptique employées à la clinique, par Ringstedt. (*Arsber. frau Sabbatsbergs Sjukhus Stockholm*, p. 129.) — Etat actuel de la question du traitement des plaies, par Krœnlein. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er novembre.) — Traitement des plaies, par Langenbuch. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 novembre.) — Moyen de faire des sutures aseptiques, par F. Huepeden. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 juillet.) — De la stérilisation des fils à ligature, par E. Estor et J. Moitessier. (*N. Montpellier méd.*, 30, p. 587.) — Une nouvelle ligature en chaîne, par Montas. (*Arch. prov. de chir.*, III, 2.) — L'iodoforme en chirurgie, par Terrier. (*Presse méd.*, 23 décembre.) — De l'iodoforme et de son action sur les tissus, par von Stubenrauch (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 5 et 6.) — Traitement des plaies suppurantes et des ulcères par le sozoiodol, par Rosinski (*Therap. Monats.*, décembre.) — De la valeur de l'emploi combiné de l'acide phénique et du savon vert dans la pratique chirurgicale, par Blagowexhtschenki. (*Charité Annalen*, p. 713.) — Contribution à l'étude du pansement des plaies par l'europhène, par Trnka. (*Wiener med. Wochensch*, 32, p. 1355.)

Paralysie. — Diplégie faciale totale avec paralysie glosso-laryngo-cervicale chez deux frères, par Brissaud et Marie. (*Bull. méd.*, 3 décembre.) — Diplégie faciale périphérique, par Mott (*Brit. med. j.*, 2 décembre.) — De la déviation de la langue dans les paralysies faciales périphériques, par Hitzig. (*Berl. klin. Woch.*, 3 juillet.) — Un symptôme jusqu'ici inconnu de la paralysie faciale complète, par Goldzieher. (*Rev. gén. d'opht.*, XIII, 1.) — Paralysie bulbaire progressive, infantile et familiale, par P. Londe. (*Rev. de méd.*, décembre.) — Sur la forme curable de la paralysie bulbaire avec participation des extrémités, par S. Goldflam (*Medycyna*, 16.) Des paralysies pseudo-bulbaires d'origine cérébrale, par Galavielle. (*N. Montpellier méd.*, 34 et 35, p. 665 et 685.) — Cas de paralysie d'Erb, par G. Meyer. (*Deutsche med. Woch.*, 34, p. 810.) — Paralysie motrice systématisée des membres du côté droit, dysphagie et dysgraphie de nature fonctionnelle, par Séglas. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 novembre.) — Etat de l'excitabilité électrique dans les vieilles paralysies périphériques, par S. Placzek. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 octobre.) — Paralysie consécutive aux injections d'éther, par Eberhart. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1236.) — Paralysie arsenicale, par Stern. (*Ibid.*, 47, p. 1233.) — Paralysie traumatique du plexus brachial, par Luening. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 novembre.) — De la paralysie multiple des nerfs craniens, par Max Rothmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 octobre.) — Cas anormaux de parésie générale, par Fisher (*Journ. of nerv. and ment. dis.*, décembre.) — Enfant atteint de paralysie infantile des jambes et du tronc, marchant sur les mains, par Joachimsthal. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1175.)

Paralysie générale. — Etiologie de la paralysie générale progressive, par Mauran. (*Thèse de Toulouse.*) — Particularité observée chez certains paralytiques généraux, par Charpentier. (*Soc. méd. psychol.*, 13 novembre.) — Du réflexe pharyngien chez les paralytiques généraux, par Joffroy. (*Ibid.*) — De la réaction pupillaire et de quelques autres signes dans la paralysie générale, rapports avec la syphilis, par Oebeke. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, 1 et 2.) — Paralysie générale, lésions et symptômes spinaux,

formes spinales, par Klippel. (*Arch. de méd. exp.*, VI, 1.) — Deux observations d'anomalies, de l'écorce cérébrale chez des paralysés généraux, par Bellerud. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, 3, p. 220.)

Parole. — Leçons sur les troubles de la parole et leur guérison, par H. Gutzmann. (*Berlin.*) — Sur les anomalies de la parole, par W. Oltuszewski. (*Medycyna*, octobre, 41.) — De la dyslexie comme trouble fonctionnel, par Sommer. (*Arch. f. Psychiat.*, XXV, 3.)

Parotide. — Un cas de tuberculose primitive de la parotide, par Stubenrauch. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 octobre.)

Paupière. — Traitement de la blépharite marginale par le bioxyde d'hydrogène, par Ayres. (*Med. News*, 23 décembre.) — Une proposition au sujet de l'opération de la blépharoptose, par C.-G. Kunn. (*Wiener med. Wochenschr.*, 8.) — Du traitement du chalazion, par Topolanski. (*Ibid.*, 46, p. 1841.)

Peau. — De l'influence des excitations thermiques de la peau sur la circulation du rein, par Wertheimer. (*Soc. de biol.*, 23 décembre.) — Sur l'absorption par la peau, par W. Sobieranski. (*Now. lek.*, 1-2.) — Des modifications séniles des fibres élastiques de la peau, par Reizenstein. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVIII, 1.) — Etudes physiologiques, physiques et cliniques sur la vision des éruptions cutanées, par Broca. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — Péritonite aiguë généralisée, laparotomie, guérison, par G. Ferrand. (*Bull. de la soc. scient. et méd. de l'Ouest*, 3, p. 199.) — Maladies de la peau, par Malcom Morris. (*Londres*, 1894.) — Sur un vice radical de notre classification dermatologique et la théorie des faits de passage, par Hallopeau (*Soc. franç. de dermat.*. 14 décembre.) — La diascopie des dermatoses, par P.-G. Unna. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 octobre.) — Remarques sur le travail d'Unna, par Oscar Liebreich. (*Ibid.*) — Observations nouvelles sur quelques maladies cutanées rares en Norvège, par C. Boeck. (*Norsk Magazin*, juin.) — Des dermatoneuroses, par Renault. (*Rev. gén. de clin.*, 48, p. 756.) — Dermatite de Duhring, par Wickham. (*Soc. franç. de dermat.*, 16 novembre.) — Dermatite herpétiforme simulant les prurigos diathésiques, par Audry. (*Soc. franç. de dermat.*, 16 novembre.) — Dermatite herpétiforme, par Rosenthal. (*Soc. berlin. de derm.*, 4 juillet.) — Contribution casuistique à la dyschromasie traumatique (tatouage), par Spengler. (*Münch. med. Woch.*, 51, p. 985.) — Un cas de dermographisme d'origine hépatique, par A. Schwab. (*La médecine moderne*, 6 décembre.) — Une dermatomycose spéciale de la main droite, par Neebe. (*Deutsche med. Woch.*, 43, p. 1284.) — L'icthyol et son emploi dans le traitement des maladies de la peau, par Chatelain. (*Journ. des mal. cutan.* mars.) — Sur les gommes superficielles de la peau ulcérées, par J. Halpern. (*Gaz. lekarska*, octobre, 40.) — Sarcome de la peau, par Kutiak. (*Wiener med. Wochensch.*, 40, p. 1619.) — Epithelioma tubulé de la peau, par Launay. (*Soc. anat. Paris*, octobre, p. 548.)

Pellagre. — De la pellagre en Roumanie, par Dodun des Perrières. (*Revue méd. de l'Est*, 1[er] septembre.)

Pemphigus. — Pemphigus conjonctival, par Haab. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1[er] novembre.) — Pemphigus puerpéral et pemphigus des nouveaunés, par Alfred Staub. (*Berlin. klin. Wochens.*, 4 décembre.)

Péritoine. — Le péritoine et son rôle dans les opérations sur l'abdomen, par

Ross. (*Americ. j. of obst.*, décembre.) — De l'enkystement artificiel du péritoine dans les opérations, au lieu du drainage, par Frank. (*Berlin. klin. Wochens.*, 9 octobre.) — Péritonite provoquée par le proteus vulgaris, par Flexner. (*Bull. John Hopkins hosp.*, avril.) — Un cas de péritonite généralisée provoquée par un entérolite, par Griswold. (*Journal Americ. med. Ass.*. 16 décembre.) — Péritonite avec épanchement, traitée par la laparotomie, par d'Arcy Power. (*Lancet*, 23 décembre.) — Deux cas de péritonite suppurée guéris, par W. Kœrte. (*Berlin. klin. Wochens.*, 11 septembre.) — Des formes et des périodes de la péritonite tuberculeuse au point de vue du traitement chirurgical de cette maladie, par Jaboulay. (*La Médecine moderne*, 11 novembre.) — Curabilité de la péritonite tuberculeuse, par H. Richardière. (*Ibid.*, 20 décembre.) — Note sur un cas de tuberculose péritonéale guéri par des injections intra-péritonéales de naphtol camphré, par Rendu. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 octobre.) — Tuberculose péritonéale guérie par les applications de collodion répétées sur les parois de l'abdomen, par Millard. (*Ibid.*, 3 novembre.) — Guérison spontanée de la péritonite tuberculeuse chez l'adulte et chez l'enfant, par Comby. (*Ibid.*, 3 novembre.) — Un cas de tuberculose péritonéale, par Leclerc. (*Ibid.*, 10 novembre.) — Le processus de guérison après laparotomie de la tuberculose péritonéale, par Bumm. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 septembre.) — Des suites éloignées de la laparotomie employée comme traitement de la péritonite tuberculeuse, par de Lafont. (*Thèse de Toulouse.*) — Action curative de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, par Warnek. (*Cent. f. Gynaek.* 16 décembre.) — Laparatomie dans la tuberculose mésentérique, par Schmid-Monnard. (*Münch. med. Woch.*, 49, p. 926.) — Kyste séreux du mésentère, son origine, son traitement par la marsupialisation, par Guermonprez. (*Journ. sc. méd. Lille*, 3 novembre.) — Laparotomie pour un fibrome mésentérique de la grosseur de 4 poings, par W. Muller. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 octobre.) — Contribution à l'étude des tumeurs du mésentère, par J. Belkowsky. (*Revue méd. Suisse romande.* XIII, 431.) — Du cancer du péritoine, par Sallès. (*Lyon méd.*, 31 décembre.)

Pharmacologie. — Éléments de pharmacodynamie, par Schmiedeberg, trad. de Wouters (*Liège*). — Essais pharmacologiques sur quelques préparation de la 3e édition de la pharmacopée helvétique, par J.-L. Prévost. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 9, p. 505.) — La détermination de la toxicité de différentes substances, par Grützner. (*Deutsche med. Woch.*, 52, p. 1370.) — Pouvoir bactéricide de quelques essences, par Blaizot et Caldaguès. (*Soc. de biol.*, 16 décemb.) — Influence de la strychnine sur le tonus musculaire, par C. Paderi. (*Archives italiennes de biologie*, XIX, p. 283). — Elimination par la salive de la morphine administrée sous la peau, par Julius Rosenthal. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 décembre). — L'effet de la morphine et de l'atropine sur la respiration, par Binz. (*Deutsche med. Woch.*, 46, p. 1183.) — Sur la question de l'opium indien, par Fayrer. (*Brit. med. j.*, 2 décemb.) — Étude sur l'aconitine, par Ducher. (*Loire méd.*, 15 novembre) — La lorétine, nouvel antiseptique, par Claus. (*Archiv f. Pharmacie*, CCXXXI, 9.) — De la lorétine, par Schinzinger. (*Réunion des méd. et natural. Nuremberg.*) — Emploi et action de la lorétine, par Fengling. (*Deut. Thier. Woch.*, 39.) — De l'action de la diurétine, par Pawinski. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIV, 3 et 4.) — L'acide sulfocaféinique, un nouveau diurétique, par Heinz et Liebrecht. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 octobre.) Étude de la cocaïne et de ses sels au point de vue chimique et pharmaceutique par Véroly. (*Thèse de Montpellier.*) — Action et transformation de l'esculine dans l'organisme, par Modica. (*Ann. di chimica*, XVIII.) — Trans-

formations et mode d'action de la pilocarpine dans l'organisme, par Curci. (*Ann. di chimic.* XVIII.) — Recherches préliminaires sur les principes et l'action physiologique et toxique de la darstenia contrayerva, par Coronedi et Mussi. (*Lo sperimentale*, memorie originali, p. 117). — Étude sur le vin de kola, par Chastan. (*Thèse de Montpellier.*) — De quelques alcaloïdes étant successivement hidrotiques, puis anhidrotiques, lobéline, cytisine, aconitine, par Aubert. (*Lyon méd.*, 12 décembre.) — Effets de l'acide carbonique, de l'oxyde de carbone, de l'hydrogène sulfureux et du gaz d'éclairage sur la vie animale, par Wilson. (*Med. News.* 16 décembre.) — Sur la valeur antiseptique de l'ozone, par de Christmas. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 11.) — Expériences cliniques avec les solutions de pyrozone, par Newcomb. (*Journal Americ. Med. Ass.*, 18 novembre.) — Sur l'acide nucléinique, par Liebermann et von Bitté. (*Centralbl. für med. Wissensch.*, 11 novembre.) — Sur les dérivés de l'hydrazine, par Carmelo-Lazzaro. (*Arch. di farmac. e terapeutica*, I, 14, p. 426.) — Remarques sur les effets de la créosote, par Ludwig Friedheim. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 novembre.) — Remarques sur le gaïacol, par Griesbach. (*Deutsche med. Woch.*, 46, p.1199.) — Étude chimique et pharmaceutique de la glycérine, par Albiges. (*Thèse de Montpellier.*) — Sur l'europhène, par R. Jasinski. (*Gaz. lek.*, 9.) De la valeur de l'europhène, par Œfelein et Neuberger. (*Monats. f. prakt. Dermat.* XVII, 11.) — Du salacétol, par Bourget et Barbey. (*Therap. Monats.*, décembre.) — De la salipyrine par V. Morengeil. (*Deut. med. Zeit.* n° 98.) — De l'action physiologique de l'amidophénol et de ses dérivés, par Hinsberg et Trenpel. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXIII, 2.) — Recherches sur l'action pharmacologique et thérapeutique de la malakine, par Jaquet. (*Progrès médical*, 23 décembre.) — De l'action antibactérienne et pharmacologique de la diaphthérine (oxyquinaseptol), par Stahel. (*Münch. med. Woch.*, 38, p. 706.) — Sur l'action bactéricide de la diaftérine, par Tradella. (*Riv. clin. e terapeutica*, 10, p. 506.) — Recherches pharmacologiques sur quelques uréthanes et sur la thiourée, par Paul Binet. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 9, p. 540.) — Sur l'action physiologique du phénocolle, par Mosso et Faggioli. (*Archives italiennes de biologie*, XX, 2 et 3.) Le solvéol, par Brandenberg. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte.* 15 septembre.) — Expériences in vitro montrant l'action antifermentative du benzonaphtol, par Ewald. (*Berl. klin. Woch.*, 28 août.) — Sur le chloralose, par Hanriot et Richet. (*Acad. des sc.*, 27 novembre.) — Sur le chloralose, par Morrill. (*Boston med. Journ.*. 16 novembre.) — Sur l'isomaltose, par Kulz et Vogel. (*Centralbl. für med. Wiss.*, 9 décembre). — Sur l'isomaltose, par Röehmann. (*Ibid.*, 23 décembre.) — Étude clinicochimique sur l'élimination urinaire de l'iode après absorption d'iodure de potassium, par Lafay. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — Deux cas d'absorption de teinture d'iode par le vagin, par Rapin. (*Revue méd. Suisse romande*, XIII, 451.) — Résorption de l'iodoforme et de ses congénères, par G.J.-C. Müller. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1271.) — De la ferratine, par Schmiedeberg. (*Cent. f. klin. Med.*, 11 novembre, et *Arch. f. exp. Path.*, XXXIII, 2.) — Remarques critiques sur la pharmacologie du fer, par W. Sobieranski. (*Przegl. lek.*, 4-5.) — Nouvelles observations sur l'action des sels de strontium, par C. Falcone. (*Progresso medico*, 15 novembre.) — Argyrie à la suite de l'usage externe du nitrate d'argent, par Olshausen. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1206.) — De l'action du chlorure de calcium sur l'excitabilité nerveuse ; élimination de la chaux par l'urine des aliénés, son emploi thérapeutique dans quelques psychopathies, par Stefani. (*Riv sper. di freniat.*, XIX, 4.) — Sur la stabilité et la conservation des solutions étendues de sublimé, par Vignon. (*Acad. des sc.*, 4 décembre.) — Sur la formation de l'acide oxalique dans l'organisme par suite

du manque d'oxygène, par E. BEALE et G. BŒRI. (*Riv. clin. e terapeutica*, 8, p. 396.) — Sur le tannate de mercure, par Fr. GAY. (*N. Montpellier méd.*, 29, p. 565.)

Pharynx. — Les diverticules latéraux du pharynx nasal, par Moritz SCHMIDT. (*Arch. f. Laryngol*, I. 1.) — Origine et parcours périphérique des nerfs vaso-moteurs du pharynx et du palais, par RÉTHI. (*Wiener med. Presse*, 10 décembre.) — Inflammations chroniques naso-pharyngiennes comme facteurs étiologiques des désordres de la digestion et de l'excrétion, par JENSEN. (*Journal Americ. Med. Ass.*, 18 novembre.) — Pharyngite aiguë, par THORNER. (*Ext. du Burnett's system of dis. of the ear and nose*, *Philadelphie*.) — Obstruction des voies respiratoires supérieures et déformations thoraciques, par LAVRAND. (*Journ. sc. méd. Lille*, 22 décembre.) — Sur les plébites orbitaires consécutives aux affections bucco-pharyngées, par TERSON. (*Rec. d'opht.*, 9, p. 534.) — Sur l'application de la teinture d'iode dans le traitement des maladies de la gorge et du nez, par W. WROBLEWSKI. (*Gaz. lek.*, 10.) — Quelques remarques sur les méthodes opératoires dans le traitement des tumeurs adénoïdes, par RICHARDSON. (*Journal Americ. Med. Ass.*, 18 novembre.) — Sur l'opération des tumeurs de la cavité naso-pharyngée, par Fr. KIJEWSKI et W. WROBLEWSKI. (*Gaz. lek.*, 13-15.) — Des papillomes de la cavité bucco-pharyngée, par KAHN. (*Arch. f. Laryngol*, I, 1.) — Gastrostomie pour cancer du pharynx pratiquée chez une femme enceinte de 7 mois, par FERRAND. (*Bull soc. sc. de l'Ouest*, II, 4.) — Des rétrécissements annulaires du pharynx inférieur, par MESNY. (*Thèse de Bordeaux.*)

Phlegmon. — Un cas de phlegmon gazeux dû au bactérium-coli, par V. DUNGERN. (*Münch. med. Woch.*, 40, p. 747.) — Un cas de phlegmon septique destructeur, par INTLEKOFER. (*Deutsche med. Woch.*, 26, p. 620.) — Phlegmon du membre supérieur consécutif à une plaie digitale contaminée par du guano, par ZWEIFEL. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.)

Photographe. — Photographie de la vessie humaine, par Max NITZE. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 juillet.)

Phtiriase. — De la mélanodermie phtiriasique, par BOUDOU. (*Thèse de Bordeaux.*)

Pied. — Du martellement des orteils, par TILLAUX. (*Union médicale*, 11 novembre.) — De l'orteil en marteau au point de vue anatomique, par PILLIET et LAUNAY. (*Gaz. hebd. Paris.*, 21 octobre.) — Onyxis unilatéral des deux gros orteils, par BINAUD. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 novembre.) — Procédé opératoire pour l'ongle incarné, par C. HUEBSCHER. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Les résultats de l'opération de Mikulicz par SUTTON. (*London med. soc.*, 11 décembre.) — Etude des tumeurs mixtes d'après un cas de myxo-chrondo-sarcome du pied, par BŒDER. (*Inaug. diss. Greifswald.*) — Causes et mode de production du pied creux, par PARKIN. (*Med. chir. Transact.*, LXXIV, p. 485.) — Deux cas de pied-bot par suite de phlébite, par B. SAWICKI. (*Gaz. lekarska*, décembre, 49.) — Traitement du pied-bot congénital chez les nouveau-nés, par HAGMAN. (*Rev. d'orthopédie*, 1er novembre.) — Traitement du pied-bot valgus paralytique, par PHOCAS. (*Bull. acad. méd.*, et *Bulletin méd.*, 20 septembre.) — De l'arthrodèse astragalo-scaphoïdienne appliquée au pied-bot valgus paralytique, par BLIN. (*Thèse de Bordeaux.*) — Etiologie et traitement du pied plat, par HOFFA. (*Münchener med. Woch.*, 49 et 50, p. 925 et 967.) — Pathogénie

du pied plat valgus acquis et son traitement par la rotation interne forcée du pied ou l'ostéoclasie sus-malléolaire, par JABOULAY. (*Rev. d'orthopédie*, 1er novembre.) — Traitement mécanique du pied plat, par BEELY. *Idem*, par HOFFA. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 octobre.) — De l'intervention sanglante dans le pied plat valgus douloureux avec déformation osseuse par GOUPIL. (*Thèse de Paris*, 21 décembre.)

Placenta. — Le placenta des carnassiers, par DUVAL. (*Soc. de biol.*, 30 décembre.) — Les polypes placentaires, par JAEGLÉ. (*Thèse de Lyon.*) — Cas de placenta plævia, par TOWNSEND. (*Boston med. Journal*, 21 déc.) — Insertion vicieuse centrale de placenta. Guérison de la mère, par W. ODERMALT. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Nouveau fait d'embolie aérienne dans un cas de placenta plævia, par HEUCK. (*Zeit. f. Geburst*, XXVIII, 1).

Plaies. — Lésions causées par la dynamite, par PISPOLI. (*Giorn. med. d. Esercito Roma*, octobre.) — Deux cas de plaies (des membres) par grains de plomb suivie de gangrène et d'amputation du membre, par Maurice LAUGIER. (*Ann. d'hyg. publ.*, 93, juillet.) — De l'action vulnérante des fortes amorces de fulminate de mercure, par ANNEQUIN. (*Dauphiné méd.*, octobre.) — Du délire post-opératoire, du rôle de l'auto-intoxication, par PÉNON. (*Thése de Bordeaux.*) — De l'état actuel du traitement des plaies, par SCHACHTER. (*Wiener med. Wochenschr.*, 36.)

Plèvre. — Etiologie de la pleurésie séro-fibrineuse dite idiopathique, par LAUNE. (*Thèse de Lyon.*) — Des épanchements pleuraux associés à des maladies de l'abdomen, par LAWSON TAIT. (*Med. chir. Trans.*, LXXV, p. 109.) — Tympanisme skodique dans le poumon du côté opposé à l'épanchement, par L. PELLEGRINI. (*La Riforma medica*, 17 octobre.) — Pleurésie gauche hémorragique chez un homme d'apparence robuste. Démonstration de la nature tuberculeuse par inoculation du liquide pleurétique au cobaye, par HANOT. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 novembre.) — Du traitement antiseptique direct des maladies infectieuses des cavités séreuses (pleurésies, péritonites, arthrites), par FERNET. (*Ibid.*, 10 novembre.) — Pleurésie hémorragique du côté droit. Ganglions sus-claviculaires du même côté droit. Mort, par COMBY. (*Ibid.*, 8 décembre.) — Sur la mobilité des exsudats pleurétiques, par BURZAGLI. (*Archivio ital. di clin. med.*, XXXII, p. 298.) — Sur le diagnostic différentiel du pyothorax sous-phrénique, par WL. BIEGANKI. (*Medycyna*, 26.) — Sur le diagnostic de l'empyème sous-phrénique, par K. CHELCHOWSKI. (*Gaz. lekarska*, novembre, 48.) — Atrophie du côté et du membre supérieur à la suite de pleurésie, parésie et anesthésie consécutives, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 24 décembre.) — Le salicylate de soude dans la pleurésie, par MEHIER. (*Wiener med. Wochenschr.*, 51, p. 2048).— De la chirurgie de la plèvre et des lobes inférieurs du poumon, 6 observations, par DELAGÉNIÈRE. (*Arch. prov. de chir.*, III, 1.) — Empyèmes, par DEROYE. (*Bourgogne méd.*, octobre.) — Critique des procédés de thoracoplastie dans la pleurésie purulente, de la desternalisation costale par LEYMARIE. (*Thèse de Lyon.*) — Thoracotomie dans un cas d'empyème suite de pneumonie, par HILL. (*Boston med. journal*, 21 décembre.) — Empyème tuberculeux de la plèvre gauche guéri par la résection thoracique, par MOELLER. (*Deut. med. Woch.*, 44, p. 1085.) — Cas rare d'empyème pulsatile guéri par le procédé de Pittarelli ; contribution à la thérapeutique de la pleurésie purulente, par E. PITTARELLI. (*Gazetta degli ospitali*, nº 120.) — De la thoraco-pneumoplastie dans les affections chirurgicales de la plèvre et du poumon, par DELAGENIÈRE. (*Bull. acad. méd.*, et *Bulletin méd.*, 27 décembre.) — Opération d'Estlander par résection itéra-

tive des côtes, par PEYROT. (*Rev. gén. de clin.*, 47, p. 737.) — De l'épilepsie jacksonnienne provoquée par les traumatismes de la plèvre, par CAMUS, (*Thèse de Bordeaux.*) — Réflexions sur quelques cas de tumeurs de la plèvre, par PÉTRIAUX. (*Thèse de Paris*, 14 décembre.) — Fibrome embryonnaire de la plèvre, par BERNARD. (*Soc. anat. Paris*, 12 novembre.)— Evolution rapide d'un sarcome latent de la plèvre sous l'influence d'un rhumatisme articulaire, par K. CHELCHOWSKI. (*Gaz. lek.*, 8.) — Pathologie et symtômes du cancer primitif de la plèvre, par HARRIS. (*Journ. of path. and bacter.*, II, 2.)

Poumon. — Aperçu des idées de Clark sur les rapports des alvéoles avec les voies aériennes, par DELÉPINE. (*Journ. of pathol. and bacter.*, II, 3.) — Des pertes de substances du poumon congénitales et acquises dans la première enfance, par REINHOLDT. (*Münch. med. Woch.*, 45 et 46, p. 845 et 869.) — Anatomie pathologique et pathologie de l'emphysème pulmonaire, par AULD. (*Lancet*, 2 décembre.) — La bactériologie des broncho-pneumonies, par VILLARD. (*Gaz. hebd. Paris*, 18 novembre.) — De la leucocytose dans la pneumonie franche, par Max LAEHR. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 septembre.) — Sur la leucocytose dans la pneumonie fibrineuse, par W. BIÉGANSKI. (*Przegl. lek.*, novembre, 47-49.) — Leucocytose de la pneumonie lobaire par EWING. (*N. York med. j.*, 16 décembre.) — Pathologie et symptomatologie de la pneumonie, par CHURCHILL. (*Journal Americ. med. Ass.*, 9 décembre.) — Pneumonie éphémère, par WEISSENBERG. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1266.) — Diagnostic différentiel des pneumonies, par WASSERMANN. (*Ibid.*, 47, p. 1201.) — Sur l'aphasie pneumonique passagère, par CHANTEMESSE. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 décembre.) — Infection purulente par pneumonie, par C. HAEGLER. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 23, p. 793, 1er décembre.) — Traitement de la pneumonie, par LYON. (*Gaz. des hôp.*, 16 décembre.) — Thérapeutique, par LARRABEE. (*Journal. Americ. med. Ass.*, 9 décembre.) — Le traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses, par REINER. (*Wiener med. Wochenschr.*, 39.) — Le traitement de la pneumonie par la digitale à haute dose, par FIKL. (*Ibid.*, 8 et 9.)— Traitement de la pneumonie aiguë par la glace, par MAYS. (*Philadelphia county med. soc.*, 25 oct.) — Chlorure de calcium dans la pneumonie, par COULDREY. (*Brit. med. j.*, 23 décembre.) — De l'infarctus pulmonaire, par GRAWITZ. (*Wiener med. Wochenschr.*, 1, p. 2.) — Contribution à la chirurgie du poumon, par TRZEBICKY. (*Wiener med. Wochenschr.*, 21.) — Pneumonie, abcès du poumon, pneumotomie, mort, par JAYLE et RAFFRAY. (*Soc. anat. Paris*, 17 novembre.) — Du sarcome primitif du poumon, par DURAN. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — Sarcome primitif du poumon gauche, par RANGLARET. (*Soc. anat. Paris*, 17 novembre.) — Sarcome primitif du poumon gauche, par FERRAND. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1er décembre.) — De la grangène du poumon consécutive à des néoplasmes primitifs ou secondaires de cet organe, par BOUFFLERS. (*Thèse de Paris*, 7 décembre.) — Observations et recherches expérimentales sur un cas de pneumothorax, par L. VANNI. (*Archivio ital. di clin. med.*, XXXII, p. 240.) — Sur le pyothorax et le pyo-pneumothorax sous-diaphragmatique, par W. BRUNER. (*Médycyna*, 6-7.)

Prostate. — La circulation veineuse de la prostate, par ZIEGLER. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des maladies du plexus veineux de la prostate (plexus de Santorini), par ENGLISCH. (*Wiener med. Wochenschr.*, 14.) — Le massage de la prostate, par SCHLIFKA. (*Ibid.*) — Où, quand et comment ouvrir la vessie, chez les prostatiques ? par DIDAY. (*Gaz. hebd. Paris.*, 2 déc.) — Sur une tumeur pédiculée de la prostate, par LEGUEU. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, décembre.)

Psoriasis. — Etude sur la pathogénie du psoriasis, par Coffin. (*Gaz. hebd., Paris*, 12 août.) — Psoriasis de la main, par Isaac. (*Soc. berlin. de derm.*, 4 juillet.) — Psoriasis papillaire fongoïde, par Kaposi. (*Soc. viennoise de derm.*, 11 janvier.) — Psoriasis grave, par Kaposi. (*Ibid.*, 25 janvier.) — Observations de psoriasis, par Mracek, Kaposi. (*Ibid.*, 8 mars.) — Trois cas de psoriasis lingual, par Dubois-Havenith. (*La Policl. Bruxelles*, 1er novembre.) — Affection psoriasiforme des mains chez une femme, par Bruck. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 décembre.) — Traitement du psoriasis, par E. Kreis. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er octobre.) — Psoriasis universel traité par les injections sous-cutanées d'asséniate de soude, par Joseph. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 août.) — Cinq cas de psoriasis traités par le suc thyroïdien, par Brooke. (*Manchester med. soc.*, 6 décembre.) — Traitement du psoriasis par l'extrait thyroïdien, par Jones. (*Brit. med. j.*, 30 décembre.)

Psorospermose. — Prorospermose cutanée, par Ravogli. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVIII, 4.) — Un cas d'épithelioma verrucosum abortif; étude sur les psorospermoses, par Tommasoli. (*Arch. f. Dermat.*, XXVI, 1.)

Psychose. — De la disposition psychique, par Kraepelin. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 août.) — Les observations psychiques de la fatigue, par Aschaffenburg. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 août.) — Etiologie et clinique des psychoses pneumoniques, par Juliusburger. (*Deutsche med. Wochens.* 48, p. 1265.) — Des contractures psycho-physiques, par Verrier. (*France méd.*, 36, p. 561.) — De la sensibilité colorée, par Cognacq. (*Thèse de Bordeaux.*) — Etiologie et formes cliniques des psychoses puerpérales, par Toulouse. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 25 décembre.) — Sur les obsessions et actes en résultant, par M. Holmboe. (*Nork Magazin*, août.) — Sur les illusions et les hallucinations, par W. Kolberger. (*Przegl. lek.*, octobre, 40-42.)

Ptomaine. — Contribution à l'étude des ptomaines, par Œschner de Coninck. (*Acad. des sc.*, 26 décembre.)

Puerpéral. — De l'infection puerpérale, par Demelin. (*Rev. gén. de clin.* 40, p. 630.) — Septicémie puerpérale, mort; enfant atteint d'érysipèle de la face et d'ophtalmie purulente double, par Moissy. (*Journ. sc. méd. Lille*, 15 décembre.) — L'injection sous-cutanée de trichlorure d'iode; son emploi dans un cas de fièvre puerpérale, par Gottschalk. (*Deutsche med. Wochens.*, 1102.)

Purpura. — Purpura rhumatismal chez une fillette, par Heller. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 décembre.) — Purpura hémorragique et pleurésie interlobaire gauche, par Gastou. (*Soc. franç. de dermat.*, 16 novembre.) — Purpura myélopathique d'origine infectieuse, par Schwab. (*La Médecine moderne*, 8 novembre.) — Du purpura, par Steffen. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVII, 1.) — Purpura recurrens, par Ravogli. (*Monats. f. prakt. Derm.*, XVII, 11.)

R

Rachis. — De la question de la scoliose par sciatique, par Sachs. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 4.) — De la sciatique scoliotique, par Fischer et Schonwald. (*Wiener med. Wochensch.*, 16.) — De la scoliose sciatique, par Rauzier. (*N. Montpellier méd.*, 41, p. 805.) — Des scolioses chez les écoliers, par Krug. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVII, 2.) — 3 cas de courbure spinale antérieure avec troubles mentaux, par Weir Mitchell. (*Med. News*, 9 décembre.) — De la scoliose, par Froelich. (*Münich. med. Woch.*, 44 et 45, p. 828 et 849.) — De la cyphose, par Hendrix. (*La policl. Bruxelles*, 15 décembre.) — Scoliose symptomatique d'un mal de Pott à apparition tardive, par Gendron. (*Ann. policl. Bordeaux*, novembre.) — Agents mécaniques adjuvants du traitement de la scoliose, par Wilhelm Schulthess. (*Corresp.Blatt f. schweiz.Aerzte*, 15 novembre.) — Nouvelles communications sur l'orthopédie : nouvel appareil pour le redressement de la scoliose, par Hoffa. (*Münchener med. Woch.*, 36 et 37, p. 671 et 696.) — Etudes de chirurgie médullaire, chirurgie opératoire traitement, par Chipault. (In-8°, 403 pages, *Paris.*) — Mal de Pott et paraplégie flasque anesthésique, par Grasset. (*N. Montpellier méd.*, 31 et 32, p. 605 et 625.) — Des indications thérapeutiques du mal de Pott, par Heydenreich. (*La médecine moderne*, 30 décembre.) — Le traitement de la tuberculose des vertèbres, par Rydygier. (*Nowiny lek.*, 5-6.) — Pathologie et traitement de la paralysie du mal de Pott, par Sinkler. (*Med. News.*, 18 novembre.) — Fracture de la colonne vertébrale ; trépanation rachidienne ; guérison, par Zuccarelli (*Marseille médical*, 24, p. 657.) — Résection du coccyx, par Henrotay. (*Ann. de la Soc. méd. d'Anvers*, p. 169, juillet.)

Rachitisme. — Pathologie du rachitisme, par Cohn. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVII, 2.)

Rage. — Une épizootie et une épidémie aiguë de rage à Madère, par Goldschmidt. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 1.) — Les vaccinations antirabiques à Odessa, par Diatroptoff. (*Ibid.*, VII, 11.) — Statistique de l'Institut Pasteur de Charcow, par Wyssokowicz. (*Ibid.*) — Statistique du traitement préventif de la rage à Saint-Pétersbourg, par Kraïouchkine. (*Arch. sc. biol. Saint-Pétersbourg*, II, 3.)

Rate. — Structure de la rate humaine, par Bannwarth. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte.*, septembre.) — Rate flottante, torsion de son pédicule, occlusion intestinale consécutive, par W. Koerte. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 septembre.) — Mobilité de la rate, par L. Pellegrini. (*La Riforma medica,* 18 octobre.)

Rectum. — Des artères du rectum et de l'anus chez l'homme et chez la femme, par Quénu. (*Soc. anat. Paris*, 22 décembre.) — Des valvules du rectum et de leur rôle pathologique, par Gally (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'absorption par la voie rectale des médicaments en solution concentrée, par Gascon. (*Thèse de Lyon.*) — Rectite hypertrophique proliférante et sténosante, rétrécissement dit syphilitique, par Delbet et Mouchet. (*Arch. gén. de méd.*, décembre.) — Perforation traumatique du rectum, par Tariel.

(*Soc. anat. Paris*, 12 novembre.) — 4 années d'observations de maladies du rectum, par Kelsey (*N. York med. j.*, 16 décembre.) — Tumeur du rectum (papillome dégénéré) enlevée par la voie sacrée chez une femme de 62 ans; guérison, par Kummer. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, p. 455.) — Prolapsus du rectum ; rectococcypexie par le procédé Gerard Marchant; guérison complète, par Zuccarelli. (*Marseille médical*, 1er septembre.) — Nos ressources diagnostiques dans les affections du rectum, par Mathews, (*Journ. americ. med. Ass.*, 11 novembre.) — Opération du cancer rectal, par von Heinecke (*Berlin. klin. Woch.*, 16 octobre.) — Des méthodes d'opération du cancer du rectum, par Lejars (*Journal des praticiens*, 53, p. 817.) — Carcinome du rectum guéri par résection suivant la méthode de Kraske, par J. Nicolaysen. (*Norsk Magazin*, juin.) — De la résection du rectum par la méthode de Schelkly, par Depage. (*Ann. Soc. belge Chir.*, 15 novembre.) — Résection du rectum pour tumeur maligne et union des fragments intestinaux par la boutonnière de Murphy, par Marcy. (*Journal americ. med. Ass.*, 2 décembre.) — Résection de 10 centimètres du rectum pour un cancer; anastomose par la méthode de la boutonnière, par Murphy. (*Boston med. Journal*, 7 décembre.)

Rein. — Lithiase rénale expérimentale avec hydronéphrose, par Navarro. (*Soc. anat. Paris*, 1er décembre.) — De l'hématurie dans les néphrites, par Roi. (*Thèse de Bordeaux.*) — De la rétention d'urine aidée d'infection du sang comme cause de néphrite parenchymateuse et d'éclampsie, par Alexandre Favre. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 11, p. 720.) — Du diagnostic précoce de la néphrite chronique, par Penzoldt. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 octobre.) — Sur la dégénérescence amyloïde des reins, par K. Chelchowski. (*Gaz. lek.*, 13.) — Maladie chronique de Bright autre que le rein fibroïde, sans albuminurie, par Stewart. (*Americ. j. of med. sc.*, décembre.) — Mal de Bright à urémie précoce, par Grasset. (*N. Montpellier méd.*, suppl., n° 5, p. 695.) — Du rein gravidique à répétition, par Vinay. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — La tuberculose du rein, par Pressat et Wesberge. (*Rev. de la tuberc.*, octobre.) — Le rein des tuberculeux, par Daunic. (*Thèse de Toulouse.*) — La pathologie du rein, par Charrin. (*Semaine méd.*, 6 décembre.) — Traitement des néphrites, par Ritter. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Comment traiter une néphrite interstitielle à ses premières périodes, par Huchard. (*Rev. gén. de Clin.*, 24, p. 373.) — Hydronéphrose expérimentale, par Tuffier. (*Soc. anat. Paris*, 24 novembre.) — Hydronéphrose expérimentale par ectopie rénale, par Navarro. (*Ibid.*) — Étude expérimentale et clinique sur l'hydronéphrose, par Tuffier. (*Bull. méd.*, 10 décembre.) — Sur l'hydronéphrose intermittente et son traitement, par Tuffier. (*Bull. soc. de Chir.*, XIX, p. 685.) — La disparition complète du tissu rénal dans l'hydronéphrose, par Ayrer. (*Deutsche med. Woch.*, 45, p. 1108.) — Hydronéphrose aiguë intermittente par rétrécissement valvulaire de l'uretère, par Wynter. (*Annals of surg.*, décembre.) — Hydronéphrose intermittente, ponction évacuatrice, guérison, par Hue. (*Bull. soc. de Chir.*, XIX, p. 627.) — Néphrectomie pour hydronéphrose congénitale, par Adler. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 novembre.) — Entéroptose et néphroptose, par A. Mathieu. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 15 décembre.) — Néphroptose et entéroptose, par Glénard. (*Ibid.*, 22 décembre.) — Étude clinique sur le rein mobile chez la femme, par Mathieu. (*Ibid.*, 8 décembre.) — Pathogénie et prophylaxie du rein mobile, par Le Gendre. (*Ibid.*, 22 décembre.) — Quelques cas de rein mobile, par Gilford. (*Lancet*, 23 décembre.) — Du traitement médical et chirurgical du rein flottant et de ses complications, de la néphropexie, par Bartet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Rein fixé depuis 4 ans,

par Reymond. (*Soc. anat. Paris*, 10 novembre.) — Sur la néphrectomie, par J. Kosinski. (*Medycyna*, octobre, 40-43.) — Calcul du rein, par Slee. (*Med. News*, 9 décembre.) — La pyèlo-néphrite au point de vue anatomique et bactériologique et le rôle étiologique du bactérium-coli dans les maladies de l'appareil urinaire, par Hallé. (*Ann. mal. org. gén., urin.*, déc.)— De l'opération du rein kystique; remarques sur l'occlusion des fistules obliques à la vessie, la vésicule biliaire et l'intestin, par Witzel. (*Cent. f. Chir.*, 26 novembre.) — Du traitement des fistules vésico-abdominales, par Martin. (*Ibid.*)—Double néphrolithotomie, par Bell. (*Journ. of cutan. dis.*, décembre.) — Néphrectomie dans un cas de pyélonéphrite multiloculaire calculeuse, par A. Galignani. (*Il Morgagni*, septembre.) — Volumineux calculs extraits des deux reins, hémorragie mortelle après la 2e opération, par Godlee. (*Med. chir. Transact.*, LXXIV, p. 141.) — Néphrolithotomie, après néphrectomie, pour anurie datant de 5 jours, guérison et bonne santé pendant 5 ans, par Lucas. (*Med. chir. Transact.*, LXXIV, p. 129.) — Des résultats immédiats et éloignés de la néphrectomie dans la tuberculose rénale, par Palet. (*Thèse de Lyon.*) — Sarcome rénal, thrombose de la veine cave inférieure; métastases hépatiques, par A. Fraenkel. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 décembre.) — Enorme épithéliome du rein droit, par Bernard. (*Soc. anat. Paris*, 15 décembre.) — La chirurgie des uretères, par van Hook. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 16 décembre.) — Uretérostomie, par Kelly. (*Bull. John Hopkins hosp.*, IV, 34, p. 89.)

Résection. — Arthrectomie du coude et du pied, par Clutton. (*Royal med. and chir. Soc.*, 12 décembre.) — 7 cas de résection de la hanche, lavage à l'eau chande, réunion primitive dans six, par Barker. (*Med. chir. Transact.* LXXIV, p 39.) — Ankylose de la hanche et du genou en flexion, pied valgus-équin. Résection du genou et ostéotomie linéaire sous-trochantérienne, par Luening. (*Corresp. Blatt f. schweiz Aerzte*, 15 novembre.)

Rétine. — Sur l'hyperesthésie et l'anesthésie réflexes de la rétine, par Grossmann. (*Wiener med. Presse*, 5 novembre.) — Du traitement de la rétinite syphilitique, par Boé. (*Rec. d'opht.*, 4, p. 205.) — Du décollement de la rétine syphilitique et de son traitement, par Galezowski. (*Ibid.*, 8, p. 447.)

Rhumatisme. — Revue générale des complications rénales du rhumatisme aigu, par Normand. (*Thèse de Paris*, 13 décembre.) — Péliose rhumatismale chez un hémophilique, par Dunn. (*Americ. j. of med. sc.* décembre.) — Péliose rhumatismale, par Neebe. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1284.) Epidémie de rhumatisme articulaire aigu, par Zweifel. (*Corresp. Blatt f. schweiz Aerzte*, 15 octobre.) — Du traitement de la polyarthrite rhumatismale aiguë, par Bosanyi. (*Wiener med. Woch.*, 7 et 8.) — Du traitement externe du rhumatisme articulaire par l'acide salicylique, par Ruel et par L. Revilliod (réclamation de priorité du premier à l'encontre de Bourget, *R. S. M.*, XLIII, 1er fascicule). (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 10, p. 642 et 644.)

Rougeole. — Rougeole cause d'endocardite, 4 cas, par Cheyne. (*Med. chir. Transact.*, LXXIV, p. 229.) — Traitement de la rougeole, par Mineur. (*La Policl.*, *Bruxelles*, 15 octobre.)

Rubéole. — Une épidémie de rubéole, par Sevestre. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 octobre.)

Salive. — Les infections salivaires, par CLAISSE et E. DUPRÉ. (*Arch. de méd. exp.*, VI, 1.) — De l'influence de la salive humaine employée comme excipient de quelques médicaments sur l'absorption cutanée, par VANNI et GUICCIARDI. (*Archiv. di farmac. e terapeutica*, 19 et 20, p. 577.) — De la bave chez l'enfant t l'adulte, par COUETOUX. (*Ann. mal. de l'or.*, décembre.)

Sang. — Méthode pratique pour la recherche de l'isotonie du sang, par BISO. (*Lo Sperimentale, memorie originali*, p. 230.) — Des examens du sang à l'aide de l'hémocrite de Gärtner, par WICK. (*Wiener med. Wochenschr.*, 12.) — La microphotographie appliquée à l'étude de la genèse des éléments figurés du sang, par S. ENGEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 novembre.) — De la constitution chimique du sang pathologique, par BIERNACKI. (*Wiener med. Wochenschr.*, 43.) — Préparations microscopiques du sang après la mort par congélation, par SCHMIDT. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 juillet.) — Sur l'examen clinique du sang, par S. KLEIN. (*Medycyna*, 22.) — Pompe à mercure automatique pour les gaz du sang, par A. KOSSEL et A. RAPS. (*Archiv f. Physiologie*, p. 198.) — Recherches sur les hématozoaires des oiseaux, par SAKHAROFF. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 12.) — De quelques expériences relatives à la proportion relative des leucocytes et des hématies dans le sang du chien, par HÉRICOURT et RICHET. (*Soc. de biol.*, 23 décembre.) — Amélioration de la pipette mélangeuse pour la numération des globules rouges, par F. MIESCHER. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 décembre.) — Relations existant entre le niveau au-dessus de la mer et la composition du sang, par F. MIESCHER. (*Ibid.*, 15 décembre.) — Relations entre la teneur en sucre du sang artériel et du sang veineux, par F. SEEGEN. (*Centralbl. f. Physiologie*, VII, p. 368.) — Sur la quantité d'albumine que contient le sérum sanguin à l'état pathologique, par BLEIBTREU. (*Deutsche med. Woch.*, 46, p. 1167.) — Recherches sur les oscillations de la quantité du glycogène dans le sang des individus sains et malades, par LIVIERATO. (*Archiv. Ital. di Clin. medica*, 3, p. 379.) — Sur le pouvoir saccharifiant du sérum du sang, par CAVAZZANI. (*Arch. ital. de biol.*, XX, 2 et 3.) — Sur le dosage de l'urée du sang, par QUINQUAUD. (*Soc. de biol.*, 2 décembre.) — Procédé permettant d'obtenir des cristaux d'oxyhémoglobine, par ARTHUS et HUBER. (*Ibid.*) — Modifications dans le nombre des leucocytes du sang après injection de diverses substances, par HÉRICOURT et Ch. RICHET. (*Soc. de biol.*, 2 décembre.) — Action comparée du bichlorure de mercure sur le lapin et sur les éléments figurés de son sang, par MAUREL. (*Bull. Acad. Méd.* et *Bulletin méd.*, 22 novembre.) — Des altérations post-mortem du sang, par F. FALK. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, 3e série, VI, 60.) — L'action toxique de la lymphe et du sang, par PAGANO. (*Arch. per le sc. med.*, XVII, 3.) — De la toxicité du sérum, par MASSIOU. (*Thèse de Bordeaux.*) — Nature des parties bactéricides du sérum sanguin, par VAUGHAN et Mc CLINTOCK. (*Med. News*, 23 décembre.) — Sur la toxicité du sang et de ses éléments à l'état normal et à l'état pathologique, par LECLAINCHE et RÉMOND. (*Soc. de biol.*, 23 décembre.) — Variations de la densité du sang chez les cardiaques, les anémiques et les néphrétiques et ses rapports avec les exsudations séreuses, par G. PET-

teruti et A. Marcantonio. (*La Riforma medica*, 4 novembre.) — Examen systématique du sang chez les phtisiques et les cancéreux, par Strauer. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIV, 3 et 4.) — Recherches expérimentales sur le sang asphyxique, par Ottolenghi. (*Arch. per le sc. med.*, XVII, 4.) — De la leucocytose, par Holtzmann. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, II, 4.) — Bactériologie du sang septique, par Rose. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 novembre.) — Examen bactériologique du sang septique, par Canon. (*Deutsche med. Woch.*, 43, p. 1038.) — De la saignée, par von Giacchi. (*Wiener med. Wochenschr.*, 18, p.798.) — La saignée en thérapeutique, par Schubert. (*Wiener med. Wochenschr.*, 20.) — Valeur thérapeutique de la saignée, par Pye Smith. (*Med. chir. Transact.*, LXXIV, p. 147.) — Sur les altérations anatomiques du sang et de la moelle des os longs sous l'influence des fortes saignées, par Antokonenko. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, II, 4.)

Sarcome. — Sarcome primitif du corps thyroïde, par Jayle. (*Soc. anat. Paris*, 19 novembre.) — Sarcome multiple, par Kaposi. (*Soc. viennoise de dermat.*, 11 janvier.) — Sarcome pigmentaire idiopathique multiple, par Kaposi. (*Ibid.*, 25 janvier.) — Un cas de sarcomatose cutanée généralisée sur un terrain leucémique ou pseudo-leucémique, guéri par l'arsenic, par Touton. (*Münchener med. Woch.*, 2, p. 21.) — Sarcome de l'omoplate, par Kuemmell. (*Deutsche med. Woch.*, 46, p. 1187.) — Généralisation pleurale d'un sarcome de la caisse, par Brindel. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 décembre.)

Saturnisme. — Un cas d'encéphalopathie saturnine, par Mackenzie. (*Brit. med. j.*, 2 décembre.) — Du traitement du saturnisme par le monosulfure de sodium, par Peyrou. (*Soc. de biol.*, 2 décembre.)

Scarlatine. — Sur une forme anormale de scarlatine (apyrétique), par Couatasmanach. (*Thèse de Paris*, 14 décembre.) — Sur la pathogénie de la scarlatine, par Ricochon. (*Soc. de biol.*, 30 décembre.) — Sur la pathogénie de la scarlatine, par Bergé. (*Soc. de biol.*, 16 décembre.) — Scarlatine apyrétique, forme Bartels, par Varnaly. (*Roumanie médicale*, août.) — Urémie scarlatineuse, guérison, par Tonkin. (*Lancet*, 2 décembre.) — Forme osseuse du rhumatisme scarlatineux, par Richardière et Péron. (*Union médicale*, 5 décembre.) — Arthralgies scarlatineuses anormalement précoces. L'infection et le rhumatisme noueux, par Le Gendre. (*Ibid.*, 8 décembre.) — Etude sur la néphrite scarlatineuse en rapport avec l'étiologie de la scarlatine, par Babes. (*La Roumanie médicale*, août.)

Sclérodermie. — Sclérodermie, par Stieglitz. (*N.-York neurol. Soc.*, 5 décembre.) — Un cas de sclérodermie, par Sænger. (*Deutsche med. Woch.*, 49, p. 1315.) — Examen anatomo-pathologique d'un cas de sclérodermie, par Vanderwelde. (*Journal de méd. Bruxelles*, 2 septembre.) — Sclérodermie, par Kaposi. (*Soc. vien. de derm.*, 19 avril.)

Scorbut. — Hémorragie utérine dans le scorbut, par Goldberg. (*Cent. f. Gynaek.*, 16 décembre.)

Septicémie. — Étiologie de la septicémie, de la pyoxémie et de l'ostéomyélite avec recherches bactériologiques du sang, par Canon. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 5 et 6.) — Un cas de septicémie aiguë due au pneumocoque de Fräenkel, par Baciocchi. (*Lo Sperimentale*, p. 378, 15 septembre.) — Septicémie par streptocoques, par Cipollone. (*Giorn. med. del esercito e della marina.*)

Sensibilité. — Étude d'une nouvelle modalité de la sensibilité cutanée, par Tambroni (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 4.) — De la vision coloriée, recherches sur la perte de sensibilité chromatique dans les maladies mentales, par Croustel. (*Thèse de Paris*, 21 décembre.)

Serpent. — Recherches expérimentales sur le venin de l'aspic, par G. Graziani. (*La Riforma medica*, 7 octobre.)

Spina bifida. — Un cas de spina bifida lombo-sacré, par Ribbert. (*Arch. f. path. Anat.*, CXXXII, 3.) — Du spina bifida et du canal neurentérique, par Kollmann. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre.) — Spina bifida occulte avec hypertrichose sacrée, par Gross. (*Ibid.*, 4, 15 décembre.) — Excision d'un spina bifida, guérison, par Herrick. (*N.-York med. j.*, 30 décembre.)

Strabisme. — Remarques sur le strabisme et sur son traitement, par Thompson. (*Journal Americ. med. Ass.*, 28 octobre.)

Sucre. — Sur la question du sucre. Remarques sur le travail de Kahnt, par H. Neumann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 883, 4 septembre.) — Matériaux servant à la formation du sucre dans le corps, par J. Seegen. (*Centralbl. f. Physiologie*, VII, p. 421.)

Sueur. — Sueur des pieds et pied plat, par L. v. Lesser. (*Deutsche med. Woch.*, 44, p. 1070.)

Syphilis. — Le gros mal du moyen âge et la syphilis actuelle, par Buret. (in-16°, 320 pages, *Paris*.) — La diffusion de la syphilis en Europe, par C. Binz. (*Deutsche med. Woch.*, 44, p. 1057.) — Antiquité de la syphilis et emploi du mercure dans la syphilis au Japon et en Chine, par Ashmead. (*Med. News*, 30 décembre.) — La période d'incubation de la syphilis, par Bergh. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVII, 12.) — Le tertiarisme précoce, par Fournier. (*Gaz. méd. Paris*, 9 décembre.) — Anciennes méthodes d'inoculation syphilitique, par Judkins. (*Journ. of cutan. dis.*, décembre.) — Contribution à l'étude clinique de la syphilis à évolution anormale, par Robitsch Bey. (*Wiener med. Wochenschr.*, 31, p. 1323.) — Deux cas de syphilis, par Dind. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIII, II, p. 724.) — Des difficultés du diagnostic de la syphilis chez la femme, par Renault. (*Journal des praticiens*, 55, p. 841.) — Obs. de syphilis héréditaire, par Tobeitz. (*Arch. f. Kinderh.*, XVI, 1 et 2.) — Syphilis infantile, par Bulkley. (*Journal Americ. med. Ass.*, 11 novembre.) — De la syphilis héréditaire tardive des voies respiratoires supérieures, par Gerber. (*Beit. z. klin. Chir.*, 5.) — Chancre syphilitique gangréno-serpigineux, par Lang. (*Soc. vien. de derm.*, 19 avril.) — Sur l'infection syphilitique extragénitale, par R. Krefting. (*Norsk Magazin*, novembre.) — Réinfection syphilitique, par Peter ou pseudo-chancre chez un syphilitique, par Rosenthal. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 août.) — Un cas de duplicité de chancre induré (verge et médius quinze jours plus tard), par Peter. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 octobre.) — Chancres syphilitiques de la lèvre, par Lewin. (*Soc. berlinoise de derm.*, 10 janvier.) — 539 cas d'infection syphilitique extragénitale, par Krefting. (*Arch. f. Dermat.*, XXVI, 2.) — Chancre conjonctival, par Vignes. (*Soc. d'opht. Paris*, 7 novembre.) — Du chancre oculaire et de son diagnostic avec les ulcères gommeux syphilitiques, par Galezowski. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 décembre.) — Syphilis papuleuse de la conjonctive, par Terson. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 décembre.) — Chancre axillaire, par Fournier.

(*Soc. franç. de dermat.*, 14 décembre.) — Inoculation syphilitique accidentelle par un coup sur le nez, par Healey. (*Brit. med. j.*, 30 décembre.) — Albuminurie syphilitique et chancre de l'abdomen, par Gastou. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 décembre.) — La syphilis des voies respiratoires supérieures, par O. Seifert. (*Deutsche med. Woch.*, 42, p. 1010.) — Quelques manifestations de la syphilis des voies aériennes, par Bryan. (*N. York med. j.*, 16 décembre.) — Syphilis et tuberculose pulmonaire, par Potain. (*Gaz. des hôp.*, 19 décembre.) — De la syphilis du système nerveux, par Parsons. (*Journ. of nerv. and mental dis.*, décembre.) — Sur la syphilis cérébrale, par Lépine. (*Lyon méd.*, 17 décembre.) — Trois cas de syphilis cérébro-spinale, par K. Strozewski. (*Gaz. lek.*, 30.) — Considérations sur un cas d'encéphalopathie syphilitique ayant simulé la paralysie générale et le tabes et guérie par le traitement spécifique, par Boissier et Lachaux. (*Marseille médical*, 15 septembre.) — Syphilis médullaire guérie, par Feilchenfeld. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 décembre.) — Cas de syphilis médullaire, par Rosenthal. (*Ibid.*, 11 décembre.) — Syphilis et moelle, par Gerhardt. (*Ibid.*, 11 décembre.) — Myélite syphilitique, par Lang. (*Soc. Viennoise de derm.*, 8 mars.) — Syphilis et tabes, par Isaac, Blaschko, Lewin. (*Soc. berlin. de derm.*, 6 juin, 4 juillet.) — Tabes dorsalis avec chorée d'origine syphilitique, par Koch. (*Corr.-Bl. des Aerztl. Ver. Thüringen*, novembre.) — Casuistique de la névrite irritative, syphilitique, périphérique, par Ehrmann. (*Wiener med. Wochensch.*, 33.) — Artérites syphilitiques, par Hudelo. (*Gaz. hebd. Paris*, 19 août.) — Syphilis du foie, par Neumann. (*Soc. Vien. de derm.*, 19 avril.) — Des gommes syphilitiques de l'estomac, par Bittner. (*Prager med. Woch.*, 29 novembre.) — Les néphrites syphilitiques précoces, par Jaccoud. (*Union médicale*, 25 novembre.) — Recherches histologiques sur la syphilis intestinale, par Stanziale. (*Giorn. int. d. sc. med.*, XV.) — Lésions des testicules et du cordon dans la syphilis héréditaire, par Taylor. (*N. York med. j.*, 18 novembre.) — Syphilis héréditaire tardive, gommes du testicule, par Bogdan. (*Soc. franç. de derm.*, 16 novembre.) — Note sur un cas de syphilide erythémato-tuberculo-croûteuse de la face compliquée de sarcome angiolithique cérébral, par Petrini. (*Roumanie médicale,* septembre.) — Gommes syphilitiques développées cinquante-deux ans après le chancre, par Thibierge. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 novembre.) — Gomme ulcérée de la langue, par Kronenberg. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 783, 7 août.) — Gommes syphilitiques multiples de la langue, par L. Philippson. (*Ibid.*, p. 772, 7 août.) — Sur une production gommeuse à la périphérie d'une cicatrice chancreuse du menton simulant une récidive, par Hallopeau. (*Soc. franç. de derm.*, 14 décembre.) — Syphilides et prurit, par Coffin. (*Mercredi médical*, 18 octobre.) — Syphilis ou dermatonévrose syphiloïde, par Jacquet. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 décembre.) — Du psoriasis syphilitique plantaire, par Castueil. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur les ulcérations syphilitiques tertiaires, par Charlot. (*Thèse de Paris*, 28 décembre.) — Pigmentation syphilitique de la nuque, par Lewin. (*Soc. berlinoise de derm.*, 10 janvier.) — Gommes syphilitiques, par Neumann. (*Soc. viennoise de derm.*, 8 février.) — Syphilides exulcéreuse de la lèvre inférieure, par Lang. (*Ibid.,* 8 mars.) — Syphilide maculeuse et plaques muqueuses, par Lang. (*Ibid.*, 8 février) — Carcinome développé sur une syphilide gommeuse, ulcérée, par Kaposi. (*Ibid.*, 25 janvier.) — Ulcère gommeux de la jambe, par Neumann. (*Ibid.*, 11 janvier.) — Syphilis pigmentaire, par Rosenthal. (*Berlin. klin. Woch.,* 25 septembre.) — Gomme du front, par Lewin. (*Soc. berlin. de derm.*, 4 juillet.) — Syphilis cutanée végétante, par Bruck. (*Berlin. klin. Woch.,* 11 décembre.) — De l'avortement dans la syphilis, par Fournier. (*Gaz. hebd. Paris,* 28 octobre.) — La valeur du traitement successif

ou intermittent chronique de la syphilis, par Lang. (*Mercredi médical*, 7 décembre.) — Ce que devraient être le traitement spécifique et la prophylaxie de la syphilis, par Mauriac. (*Semaine méd.*, 20 décembre.) — Consultation sur l'opportunité de mercurialiser une primipare présumée syphilitique, par Diday. (*Lyon méd.*, 24 décembre.) — Du traitement de la syphilis, par Vollert. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Sur la question du traitement de la syphilis par le mercure et les bains sulfureux, par A. Elsenberg. (*Gaz. lek.*, 17.) — Traitement préventif de la syphilis, par Neumann. (*Soc. viennoise de derm.*, 8 février.) — Traitement des neurosyphilides, par Leistikow. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVIII, 4.) — Néphrite à la suite d'injection de dix centigrammes de salicylate de mercure, par G. Lewin. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 octobre.) — Du traitement de la syphilis par les flanelles mercurielles, par Frézouls. (*Thèse de Bordeaux.*) — Action des préparations mercurielles sur le contenu globulaire et hémoglobinique du sang. Importance de l'examen globulimétrique et hémochromométrique dans le diagnostic et le traitement de la syphilis, par Traversa. (*Giornale assoc. napolitana di medici*, 3, p. 161.) — Granulome par injection mercurielle (huile grise), par Roth. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 septembre.)

T

Teigne. — Étude sur le favus, par Jessner. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 juin.)— Favus de la paupière supérieure, par Dor. (*Lyon méd.*, 3 décembre.) — Un cas de favus extraordinairement développé, par Knickenburg. (*Deutsche med. Woch.*, 46, p. 1182.) — Alopécie en aires, par Ehrmann. (*Soc. viennoise de derm.*, 11 janvier.) — Note sur la pelade, par Trouillet. (*Dauphiné méd.*, novembre.) — Pelade et vitiligo, par Feulard. (*Soc. franc. de dermat.*, 14 décembre.) — Traitement de la pelade, par Thibierge. (*Gaz. hebd. Paris*, p. 605 ; 23 décembre.)

Température. — Calorimétrie physiologique, par J. Rosenthal. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 septembre.) — Sur les températures basses permanentes, par Mathieu. (*Thèse de Lyon.*) — Paradoxe thermométrique, par Onimus. (*Bulletin médical*, 4 décembre.) — Rapports entre la température et le degré de tension musculaire. Réponse de A. Gruenhagen. (*Centralblatt f. Physiologie*, VII, p. 301.) — Action de la température sur la paroi des vaisseaux, par Gustave Protrowski. (*Ibid.*, VII, p. 226.)

Tendon. — Rupture du tendon droit antérieur, suture, par Koehl. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er juillet.) — Arrachement de la dernière phalange de l'annulaire et du tendon correspondant du long fléchisseur commun profond, par Morestin. (*Soc. anat. Paris*, 29 décembre.) — Ténorraphie par anastomose, par Annequin. (*Dauphiné méd.*, novembre.)

Testicule. — Sur les ectopies testiculaires et leur traitement chirurgical, par Pelletier. (*Thèse de Bordeaux.*) — Affections suppuratives du testicule et de l'épididyme, par Sheild. (*Med. chir. transact.*, LXXIV, p. 69.) — Du traitement des engorgements testiculaires (orchites et épididymites blennorragiques) par les boues des thermes de Dax transportées, par Barthe de Sandfort. Rapport de C. Paul. (*Bull. acad. méd.*, 11 juillet). — Rapports

de la tuberculose génitale chez l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses ; quelques résultats éloignés de la castration, par Villard. (*Thèse de Lyon.*) — Hypertrophie douloureuse des ganglions thoraciques après la castration, par Chelchowski. (*Gaz. lek.*, 12.) — De l'adénite sus-claviculaire gauche dans les tumeurs malignes du testicule, par Lesnés. (*Thèse de Lyon.*) — Lipome du cordon spermatique, par Hue. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 631.) — Hémorragies dans l'opération de la castration, par Verneuil. (*Gaz. hebd. Paris*, 11 novembre.) — Valeur antiseptique de l'extrait testiculaire et de la glycérine, par Sabrazès et Rivière. (*Soc. de biol.*, 25 novembre, et *Journ. de méd. Bordeaux*, 3 décembre.) — Valeur antiseptique de l'acide carbonique à haute pression vis-à-vis de l'extrait orchitique glycériné, par Sabrazès et Bazin. (*Soc. de biol.*, 16 décembre et *Journ. méd. Bordeaux*, 24 décembre.)

Tétanie. — 7 cas de tétanie, par Vaughan. (*N. York med. j.*, 23 décembre.)

Tétanos. — Au sujet de l'étiologie du tétanos, par Vaillard et Rouget. (*Ann. Inst. Pasteur.* VII, 11.) — Nouvelles recherches expérimentales sur l'immunité contre le tétanos, par G. Tizzoni et G. Cattani. (*La Riforma medica*, 30 octobre et suiv.) — Un cas de tétanos avec expérience sur les animaux, par O. Vulpius. (*Deutsche med. Woch.*, 40, p. 992.) — L'immunisation contre le tétanos, par Buschke. (*Ibid.*, 50, p. 329.) — Du tétanos des nouveau-nés, par Papiewski. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVII, 1.) — Contribution à l'étude du tétanos, par Censier. (*Gaz. hebd. Paris*, 9 septembre.) — Sur quelques affirmations de Kohnstamm dans son travail sur l'analyse du tétanos, par Christian Bohr. (*Centraltbl f. Physiologie*, VII, p. 613.) — Sur la remarque précédente du professeur Bohr, par O. Kohnstamm. (*Ibid.*, VII, p. 615.) — Deux cas de tétanos grave, guérison, par C. Salvetat. (*Il Morgagni*, octobre).

Thérapeutique. — Manuel de thérapeutique clinique, par Lemoine. (In-8°, 424 p. Paris, 1894.) — Les tendances actuelles de la thérapeutique étiologique, par Behring. (*Deutsche med. Woch.*, 24, p. 565.) — De la méthode expectante en thérapeutique, par Lagasquie. (*Thèse de Toulouse.*) — Quelques pratiques thérapeutiques en usage dans les campagnes, particulièrement en Lorraine, par Etienne. (*Rev. méd. de l'Est*, 20, p. 631.) — Agents médicamenteux à notre disposition pour relever la nutrition, par Zuntz. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 août.) — Sur l'immunité contre les infections par accoutumance thérapeutique (mithridratisme). Strychnine et tétanos, par G. Rummo. (*La Riforma medica*, 9 octobre.) — De la compensation antagoniste dans les actions secondaires de quelques médicaments, par Schilling. (*Münch. med. Woch.*, 40, p. 750.) — Que pouvons-nous attendre du traitement par l'oxygène ? par E. Aron. (*Deutsche med. Woch.*, 37. p. 644.) Interprétation de l'action de la spermine envisagée comme un tonique physiologique contre les auto-intoxications, par Alexander Poehl. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 septembre.) — Organothérapie, par Max Kahane. (*Centralbl. f. Therapie* 11-12.) — Etude des antipyrétiques, par v. Mering. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Des effets dynamogéniques de l'hémocyne, par Coriveaud. (*Journal de méd. Bordeaux*, 3 décembre.) — Un agent thérapeutique emprunté à la physique (appareil japonais pour l'application externe du calorique), par Sahli. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er novembre.) — Les vésicatoires dans le traitement des inflammations subaiguës et chroniques, par M. Crispo. (*Riv. clin. e terapeutica*, 12. p. 621.) — Etude sur le vin de Kola, par Chastan. (*Thèse de Montpellier.*) — Sur l'action physiologique et thérapeutique de l'huile de Chaulmoogria, par

L. Levi. (*Archivii di farmac.*, 24, p. 737.) — Action physiologique et thérapeutique des composés xanthiniques iodurés (iodocaféine, iodothéine, iodothéobromine), par G. Rummo. (*La Riforma medica*, 25 octobre.) — Quelle est la dose de morphine pouvant être donnée d'un seul coup ? par L. Lewin. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 octobre.) — Réponse à Lewin, par C. Halle et Sonntag, et réplique de L. Lewin. (*Ibid.*, 30 octobre.) — Des effets de la diurétine, par Sillinger. (*Wiener med. Wochenschr*, 43, p. 1729.) — Sur le copahu, comme diurétique, par S. Bronowski. (*Gaz. lek.*, 29.) — Sur l'action physiologique de quelques produits de substitution du gaïacol, par Marfori. (*Arch. di farmac. e terapeutica.* 18, p. 545.) — Des cas où l'abaissement thermique après le badigeonnage de gaiacol n'est pas constaté, par Fleury. (*Thèse de Lyon.*) — Quelques considérations à propos des badigeonnages de gaïacol, par Védrine. (*Thèse de Lyon.*) — Sur l'application thérapeutique du tolysol, par S. Klein. (*Medycyna*, novembre, 46.) — Des effets de l'hypnal, par Filehne. (*Berl. klin. Woch.*, 30 janvier.) — Effets thérapeutiques de l'analgène, par Scholkow. (*Deutsche med. Woch.*, 46, p. 1199.) — Sur l'absorption de l'acide salicylique par la peau, par V. Ingria. (*Il Morgagni*, décembre.) — De l'emploi de l'europhène, par Rosenthal. (*Monats f. prakt. Dermat.* XVIII, 2.) — De la thérapeutie du fer, par Lewin. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIV, 3 et 4.)

Thorax. — Des tumeurs primitives du médiastin antérieur, par Lesimple. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — Sur le diagnostic des tumeurs médiastinales, par A. Sokolowski. (*Gaz. lek.*, 12.)

Thyroïde. — Quelques maladies du corps thyroïde, par Greenfield. (*Brit. med. j.*, 9 décembre.) — Tumeur primitive du corps thyroïde, par Jayle. (*Soc. anat. Paris*, 3 novembre.) — Un cas de goître malin, par Speyer. (*Deutsche med. Woch.*, 37, p. 891.) — Des échanges nutritifs dans le traitement par le suc thyroïdien, par Vermehren. (*Ibid.*, 4, p. 1037.) — Le traitement thyroïdien dans le myxœdème et quelques affections cutanées, par Davies. (*Hunterian soc.*, 25 octobre.) — Cinq cas de cachexie strumiprive traités par le suc thyroïdien, par Kocher. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er août.) — De l'atrophie des goîtres laissés en place après diverses opérations pratiquées sur le corps thyroïde par Jenny. (*Thèse de Lyon.*) — Goître énorme ; thyroïdectonie totale. Mort par tétanie, par Thiriar. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 décembre.) — Du goître exophthalmique, par L. Rehn. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 octobre.) — Analyse de 5 cas de maladie de Basedow, par M¨ller. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LI, p. 335.) — Goître exophtalmique mortel après hystérectomie pour fibrome pendant la grossesse, par Broomall. (*N.-York. Journ. of gynec.*, III, 11.) — Nature et traitement du goître exophthalmique, par Joffroy. (*Progrès médical*, 23 décembre.) — Nature et traitement de la maladie de Basedow, par Marcus. (*Wiener med. Wochenschr* 19.) — Le traitement du goître exophtalmique, par Taylor. (*Med. News*, 16 décembre.) — Alimentation thyroïdienne dans le goître exophtalmique, par Owen. (*Brit. med. j.*, 2 décembre.) — Traitement chirurgical de la maladie de Basedow abortive, par Troje. (*Deutsche med. Woch.*, 44 p. 1084.)

Torticolis. — Torticolis spasmodique, résection du spinal accessoire, par Francis. (*Lancet*, 11 novembre.)

Trachée. — Note sur un cas de rupture de la trachée, par Babes et Vladoyano. (*Roumanie médicale*, septembre.) — Mort subite par perforation de la trachée par un ganglion caséeux, par Stoll. (*Corr. Bl. f.*

schw. Aerzte, 15 juin.) — Examen et traitement des rétrécissements de la trachée et des grosses bronches, par Pieniazek. (*Przegl. lek.*, 8.) — Discussion de la Société laryngologique sur les rétrécissements hystériques de la trachée. (*Berlin. klin. Woch.*, 784, 7 août.) — Plaie transverse du cou intéressant la trachée dans sa totalité, suture de la trachée, guérison, par Crick. (*Rev. de laryng.*, 15 décembre.) — Trachéotomie supérieure ou intérieure, par Maag. (*Hospitals Tidende*, 15.) — Trachéotomie, par T. Drobnik. (*Norwiny lek.*, 6.) — Trachéotomie à l'âge de 19 mois, corps étranger, par Smith. (*Virginia. med. Monthly*, mars.)

Transfusion. — Influence des injections intraveineuses du sang artériel sur la température, par Roger. (*Soc. de biol.*, 25 novembre.)

Trépanation. — Du point de trépanation dans les cas où les symptômes ne sont pas superposables à la contusion du crâne, par Cassaet. (*Soc. de biol.*, 16 décembre.) — La trépanatiou du crâne, histoire, technique, indications, résultats, par Gallez. (In-8°, 180 p., *Bruxelles.*) — Trépanation pour hémorragie sous la dure-mère, ostéoplastie consécutive, par O. Riegner. (*Deutsche med. Woch.*, 28, p. 667.) — Trépanation du pariétal gauche, par Wernicke. (*Ibid.*, 44, p. 1084.)

Trichinose. — Trichinose expérimentale chez le furet, par Railliet. (*Soc. de biol.*, 30 décembre.)

Tuberculose. — Du passage de la tuberculose de la mère à l'enfant, par Baret. (*Thèse de Bordeaux.*) — Etudes expérimentales sur l'action du pus tuberculeux stérilisé, par Furgiuele. (*Progresso med.*, VIII, 1.) — De l'influence des hautes températures sur les bacilles tuberculeux, par de Man. (*Thèse Munich*,.) — Sur la morphologie et la biologie des bacilles tuberculeux, par Frédrich Fischel. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 oct.) — Etude de la tuberculose chez le chien et le chat, par Eber. (*Hyg. Rundschau*, III, 14.) — Sur les infections mixtes chez les tuberculeux, par M. Jakowski. (*Gaz. lekarska*, octobre, 42.) — La tuberculose au Japon, par Janson. (*Hyg. Rundschau*, III, p. 465.) — Les tuberculoses atypiques, par Ducamp. (*Semaine méd.*, 16 décembre.) — De l'influence des boissons alcooliques sur la genèse, la forme et l'évolution de la tuberculose pulmonaire, par Amat. (*Thèse de Paris*, 30 décembre.) — Phtisie aiguë et surmenage, par Dufestel. (*Journal de clinique infantile*, 6 décembre.) — Phtisie et tuberculose, par Kanka. (*Wiener med. Presse*, 10 septembre.) — Sur l'hérédité de la phtisie, par Atkins. (*Journal americ. med. Ass.*, 25 novembre.) — Des formes pneumoniques de la tuberculose aiguë, par A. Fraenkel et Troje. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIV, 3 et 4.) — Sur la matité du niveau des sommets pulmonaires sans modifications anotomiques de ces derniers, par Heitler. (*Rev. de la tuberc.*, oct.) — Tuberculose et grossesse, par Demelin. (*Journal des Praticiens*, 49, p. 771.) — De l'estomac des tuberculeux, exploration gastrique, par Montalti. (*Thèse de Lyon.*) — Des troubles gastriques dans la phtisie pulmonaire, par Rispal. (*Thèse de Lyon.*) — Tuberculose pulmonaire, tumeur réductible du cinquième espace intercostal droit en communication avec une caverne sous-claviculaire du même côté, par Barié. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 22 déc.) — Hospitalisation des phtisiques, par J. Rochard. (*Union médicale*, 19 déc.) — Réaction des sujets tuberculeux sous l'influence des liquides de l'organisme sain, par Daremberg. (*Soc. de biol*, 30 décembre.) — Traitement de la fièvre dans la tuberculose, par Hochhalt. (*Pester med. chir. Presse*, 41.) — Comment traiter la diarrhée des tuberculeux, par Éloy. (*Rev. gén.*

de clin., 46, p. 728.) — Sur les sanatoria pour les tuberculeux et leurs méthodes de traitement, par A. Jarnutowski. (*Nord. lek.*, 6-7.) — De la création en Suisse de lieux de cure pour les phtisiques peu fortunés, par A. Haegler. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte,* 15 juillet.) — Influence des conditions météorologiques sur la tuberculose pulmonaire, cures climatériques, par Blumenfeld. (*Hyg. Rundschau*, III, p. 451.) — Le sanatorium de Görbendorf, traitement hygiénique de la phtisie, par Soutza. (*Bull. Société des méd. de Jassy*, nº 4.) — Conditions de curabilité de la tuberculose, par D. Revilliod. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 10, p. 585.) — Tuberculose pulmonaire, prophylaxie, traitement hygiénique et climatérique, par Otis. (*Boston med. Journal,* 5 et 12 octobre.) — De la tuberculose et de la malléine, par Boellmann. (*Bourgogne méd.*, octobre.) — Tuberculose latente et créosote, par Blanchard. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 10, p. 615.) — Action de l'iodoforme et du gaïacol sur les produits toxiques de la tuberculose (r. négatifs), par Venturi. (*Lo Sperimentale*, p. 279, 15 juillet.) — Le gaïacol dans la tuberculose, par Chaumier. (*Deutsche med. Woch.*, 44, p. 1203.) — Granulie traitée et guérie par les badigeonnages de gaïacol, par Courmont. (*Lyon méd.*, 31 décembre.) — Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections sous-cutanées d'huile et de créosote à hautes doses, par Peroni. (*Arch. ital. di clin. med.*, 3, p. 413.) — Traitement de la tuberculose par le formol, par Berlioz. (*Dauphiné méd.*, novembre.) — Traitement de la phtisie par l'air ozonisé, par Labbé et Oudin. (*Bull. Ac. méd.* et *Bulletin méd.*, 18 nov.) — Valeur de la tuberculine en chirurgie, par Cheyne. (*Med. chir. Transact.*, LXXIV, p. 235.) — Contribution au traitement chirurgical de la tuberculose osseuse et articulaire, par E. Sacchi. (*La Riforma medica,* 28 octobre.) — D'une lésion tuberculaire du genou guérie par la tuberculine de Koch, par J. Nicolaysen. (*Norsk Magazin*, février.) — Nécrose tuberculeuse du pubis, par Duplay. (*Journal des Praticiens*, 51, p. 793.) — Tuberculose de la peau, par Mracek. (*Soc. viennoise de dermat.*, 8 mars.) — Tuberculose de la peau et des muqueuses, anus, guérison, par Doutrelepont. (*Deut. med. Woch.*, 46.) — Forme rare (verruqueuse) de tuberculose cutanée, par Heyse et par Lewin. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 octobre.) — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose locale avec l'essence de girofle, par Kanatz. (*Wiener med. Woch.*, 3.) — Sur le traitement de la tuberculose péritonéale par la laparotomie, par J. Rogowicz. (*Medycyna*, décembre, 50-51.) — Valeur de l'inoculation des animaux pour le diagnostic de la phtisie, par Harris. (*Lancet*, 9 décembre.) — Les moyens de combattre la tuberculose des animaux de boucherie, par Edelmann. (*Hyg. Rundsch.*, III, p. 757.) — De l'infectiosité du sang des bœufs tuberculeux, par Bollinger. (*Münchener med. Woch.*, 50, p. 965.) — Les poissons peuvent-ils être des intermédiaires de la tuberculose ? par Combemale. (*Rev. de la tuberc.*, octobre.)

Tumeur. — Revue générale des principaux facteurs invoqués dans l'étiologie des tumeurs, par Etienne. (*Rev. méd. de l'Est*, 14.)

Typhoïde. — Enquête sur les causes d'une épidémie de fièvre typhoïde dans une colonie ouvrière, par E. Pfuhl. (*Zeitsch. f. Hyg. und Infekt.*, XVI, et *Hyg. Rundsch.*, III, 21, p. 691.) — Etude d'une épidémie de fièvre typhoïde provoquée par du lait infecté à Springfield (Massachusett), par Sedgwick et Chapin. (*Boston med. Journal*, 16 novembre.) — La morbidité typhoïdique à Munich de 1888 à 1892, par L. Eisenlohr et L. Pfeiffer. (*Arch. f. Hyg.*, XVII, et *Hyg. Rundsch.*, III, 22, p. 1019.) — De la fièvre typhoïde observée dans ces derniers mois à l'hôpital militaire de Munich et

particulièrement sur la typ. de la garde royale d'infanterie, par Vogl. (*Münch. med. Woch.*, 41, p. 765.) — Epidémie typhique à l'intérieur de l'Hôtel-Dieu de Reims (fièvre typhoïde et typhus), par Hoel. (*Union méd. du Nord-Est*, 8, p. 229.) — La fièvre typhoïde chez la femme enceinte et chez l'accouchée, par Vinay. (*Lyon méd.*, 3 décembre.) — Fièvre typhoïde et choléra, par Cassoute. (*Marseille méd.*, 6.) — Cas rare d'hypothermie dans la dothienentérie, par T. Drecki. (*Gaz. lek.*, 16.) — Les accidents urémiques dans la fièvre typhoïde, par Guyot. (*Thèse de Paris*, 27 déc.) — Des méningites et des abcès produits par le bacille de la fièvre typhoïde, par Tictine. (*Arch. de méd. exp.*, VI, 1.) — Fièvre typhoïde, vers intestinaux, mort subite, dégénérescence vasculaire des fibres du myocarde, par Dufour. (*Soc. anat. Paris*, 3 novembre.) — Sur les lésions du gros intestin dans la fièvre typhoïde, par Arnaud. (*Arch. de méd. milit.*, déc.) — De la myocardite aiguë de la fièvre typhoïde, par Féraud. (*Thèse de Lyon.*) — De la myocardite typhique et de son rôle dans la mort subite et le collapsus cardiaque, par Hobbs. (*Thèse de Bordeaux*, novembre.) — Des suppurations dans la fièvre typhoïde, par Rispal. (*Midi méd.*, 19 nov.) — Troubles du nerf optique accompagnant ou suivant la fièvre typhoïde, par White. (*Journal americ. med. Ass.*, 28 octobre,) — Des suppurations froides consécutives à la fièvre typhoïde, spécificité clinique et bactériologique de l'ostéomyélite typhique, par Chantemesse et Widal. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 novembre.) — A propos du traitement de la fièvre typhoïde, par Romme. (*Gaz. hebd. Paris*, 11 novembre.) — Traitement spécifique de la fièvre typhoïde, par Eug. Fraenkel. (*Deutsche med. Woch.*, 41, p. 985.) — Traitement de la fièvre typhoïde par les cultures mortes du bacille pyocyanique, par Rumpf. (*Ibid.*, 41, p. 987.) — 5[e] série de fièvre typhoïde traitée par le bain froid, 74 cas, 8 morts, par Wilson. (*Med. News* 25 novembre.)

Typhus. — Le typhus exanthématique et l'épidémie française, par Firket. (*Annales Soc. méd. chir. Liège*, p. 206.) — Le typhus exanthématique à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, par Barrault. (*Gaz. hebd. Paris*, 2 septembre.) — Deux cas de typhus exanthématique avec hypothermie, par Combemale. (*Bull. méd. du Nord*, 15, p. 337.) — Péritonite mortelle à l'occasion de l'instauration des règles pendant le typhus exanthématique, par Combemale. (*Ibid.*, 17, p. 377.) — Des affections osseuses dans le typhus, par Klemm. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 4.)

U

Urètre. — Traitement des déchirures de l'urétre, par Kalischer. (*Deut. med. Woch.*, 24.) — Effets remarquables de la divulsion de l'urètre, par Homans. (*Boston med. Journ.*, 28 décembre.) — Des procédés de traitement mécanique de l'urétrite chronique, par H. Cohnstein. (*Berl. klin. Woch.*, 13 novembre.) — Diagnostic et traitement des affections chroniques de l'urètre, par Kollmann. (*Deut. med. Woch.*, 29, p. 697.) — Des rétrécissements de l'urètre chez la femme, par Kleinwaechter. (*Zeit. f. Geburts.*, Myome de l'urètre chez la femme, par Buettner. (*Ibid.*) — Traitement des rétrécissements de l'urètre par l'électrolyse, par Hanc. (*Soc. viennoise de dermat.*, 22 mars.) — Nouvelle sonde pour dilater les rétrécissements,

par Reichmann. (*Deut. med. Woch.*, 33, p. 807.) — Du traitement chirurgical de l'hypospadias et de l'épispadias, par Zöller. (*Beit. z. klin. Chir.*, XI, 1.) — Opération pour épispadias total avec division du col vésical, par J. Israel et A. Rosenbaum. (*Berl. klin. Woch.*, 11 septembre.) — Sur les polypes de l'urètre, par M. Misiewicz. (*Now. lek.*, 4.)

Urinaires (Voies). — L'incontinence nocturne d'urine chez l'enfant, par Freud. (*Neurol. Centrabl.*, 21.) — Incontinence nocturne chez un homme de 26 ans, syphilitique, guérison par le traitement spécifique, par Dominguez. (*Anales Acad. de la Habana*, 15 août.) — Des principales modifications morbides du jet urinaire et de l'émission de gouttes d'urine après la miction, par Alexandre Peyer. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 juill.) — De l'absorption par les voies urinaires, par Bazy. (*Acad. d. sc.*, 27 nov.) — Contribution à la chirurgie des voies urinaires, par R. Bukowski. (*Gaz. lek.*, 25-29.) — De la rétention d'urine d'origine traumatique ou post-opératoire, par Houillon. (*Thèse de Bordeaux.*) — Physiologie pathologique de l'hématurie, par Guyon. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, décembre.) — De l'utilité du lavage de l'estomac dans les maladies des voies urinaires, par H. Picard. (*France méd.*, 42, p. 657.) — Un cas de cystostomie temporaire pour accidents urinaires graves, par G. de Rouville. (*N. Montpellier méd.*, 41, p. 805.)

Urine. — Sur l'existence dans certaines urines de l'homme de propriétés antidiurétiques, par Frenkel. (*Soc. de biol.*, 2 décembre.) — Des variations comparées du chiffre de l'urée et de l'urine à l'état physiologique et pathologique, par Hache. (*Union méd. du Nord-Est*, 4 à 7.) — Substances réductrices dans l'urine des enfants atteints d'incontinence nocturne, par G. Fritz-Rohde. (*Berl. klin. Woch.*, 16 octobre.) — Observations cardiographiques relatives à l'étude des propriétés physiologiques et toxiques de l'urine chez les sujets sains et malades, par V. Lusini. (*Archivii di farmac.*, 19, 20 et 21, p. 603 et 653.) — De la teneur des urines en ammoniaque, par E. Schwarz. (*Wiener med. Woch.*, 3, p. 97.) — L'urine dans les cas de myxœdème traités par l'éxtrait thyroïde, par Ord. (*London clin. Soc.*, 24 novembre.) — Valeur diagnostique de l'urobilinurie en gynécologie, par Mandry. (*Arch. f. Gynaek.*, XLV, 3.) — Proportions du contenu en albumine et en pus de l'urine, par Berthold Goldberg. (*Centrabl. f. med. Wissensch.*, 9 septembre.) — De la pyurie, par Posner. (*Berl. klin. Woch.*, 25 septembre.) — Cas de lipurie, par Brandenberg. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 septembre.) — Sur l'élimination des acides biliaires par l'urine, par Opienski. (*Przegl. lek.*, 19.) — La diazoréaction d'Ehrlich, par Friedenwald. (*N. York med. j.*, 23 décembre.) — Du dosage de l'acide urique et de quelques recherches relatives à l'excrétion de cet acide, par Laval. (*Thèse de Lyon.*) — Sur un nouveau procédé de dosage de l'acide urique, par W. Mizerski. (*Now. lek.*, 3.) — Etiologie et traitement de la gravelle urique, par Levison. (*Univ. med. journal*, novembre.)

Urticaire. — De l'urticaire infantile et de ses rapports avec le rachitisme et les troubles de l'estomac, par Funk et Grundzach. (*Monats. f. prakt. Dermatol.*, XVIII, 3.)

Utérus. — Des suites de la résection partielle et de la section des cornes utérines chez le lapin, par Ratschinsky. (*Arch. de biol. Saint-Pétersbourg*, II, 4.) — Relations entre les troubles gastro-intestinaux et les affections sexuelles féminines (sur 45 femmes atteintes de troubles dys-

peptiques rebelles, 41 avaient des lésions de l'utérus ou des annexes), par THEILHABER. (*Berl. klin. Woch.*, 9 octobre.) — Pathogénie de la métrite, par JACOBS. (*La policl. Bruxelles*, 15 décembre.) — Tolérance de l'utérus vis-à-vis du traumatisme et de la septicité, par IVANUS. (*Wiener med. Woch.*, 15, p. 646.) — Sur la dégénérescence caverneuse de la muqueuse utérine à la suite de certaines métrorragies, par QUÉNU. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 613.) — Technique du pansement à la gaze de l'utérus, par BEUTTNER. (*Cent. f. Gynaek.*, 2 décembre.) — Traitement de la stérilité par le massage utérin, par BUMM. (*Berl. klin. Woch.*, 9 octobre.) — Rétention des tiges de laminaire dans la cavité utérine, par MONOD. (*Ann. policl. Bordeaux*, novembre.) — Action de l'acide salicylique sur l'utérus, par C. BINZ. (*Berl. klin. Woch.,* octobre.) — La salipyrine dans les hémorragies utérines, par H. KAYSER. (*Deut. med. Woch.*, 43, p. 1040.) — Abcès des parois utérines, par AUGUSTIN. (*Thèse de Leyde.*) — De la tuberculose du col utérin, par MEYER. (*Arch. f. Gynaek.*, XLV, 3.) — Des calculs de l'utérus, par THORN. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVII, 1.) — Sur le siège et la formation des épanchements péri-utérins, par H. SWIECICKI. (*Now. lek.*, 5.) — Recherches expérimentales et cliniques sur les phlegmons pelviens et les ovaro-salpingites et leur traitement, par GIGLIO. *Milan*, 76 p.) — De l'organisation des hématocèles, par SAENGER. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 septembre.) — Phlegmon du ligament large post-puerpéral à streptocoques, ouverture au-dessus de l'arcade crurale, fistule stercorale, mort, par RAFFRAY et JAYLE. (*Soc. anat. Paris*, 20 octobre.) — Phlegmon du ligament large, par POZZI. (*Mercredi méd.*, 25 octobre.) — Nouvelle méthode non opératoire de traitement de la dysménorrée, de l'inflammation et des abcès pelviens, par Mc GILLICUDDY. (*N. York med. j.*, 25 novembre.) — Traitement chirurgical de l'hématosalpinx, par EDWARD v. MEYER. (*Deut. med. Woch.*, 39, p. 336.) — Traitement chirurgical dans les cas de rupture d'épanchements purulents des trompes, par R. de SEIGNEUX. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 septembre.) — Hystérectomie vaginale et suppurations pelviennes, par RECLUS. (*Gaz. des hôp.*, 26 décembre.) — Métrite interne et rétroflexion utérine; perforation ancienne de l'utérus; véritable fistule utérine; hystéropexie puis curetage, par DUBAR. (*Bull. méd. du Nord*, 20, p. 449.) — Salpingite double; fibrome utérin; hystérectomie vaginale, par ROCHET. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 nov.) — Chirurgie conservatrice des annexes utérines, par BARROWS. (*Americ. j. of obst.*, décembre.) — Préparations d'annexes utérines atteintes d'inflammations chroniques, par ARENDT. (*Berl. klin. Woch.*, 31 juillet.) — Résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines par la laparotomie, par MARTIN. (*Thèse de Paris*, 13 décembre.) — Les opérations dites conservatrices sur l'ovaire, la trompe et l'utérus, par A. MARTIN. (*Deut. med. Woch.*, 30, p. 709.) — Du prolapsus pelvien et de son traitement médical, par PICOT. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — Traitement chirurgical du prolapsus utérin, par SEGOND. (*Semaine méd.*, 29 novembre.) — Du traitement du prolapsus utérin total par l'hystérectomie vaginale chez les femmes ayant dépassé ou près d'atteindre la ménopause, par QUÉNU. (*Mercredi méd.*, 27 décembre.) — Quatre cas d'hystéro-cysto-ventropexie, par KIRIAC. (*Roumanie méd.*, août.) — Deux opérations de gastro-hystéropexie pour prolapsus complet de l'utérus, par G. MIRANDA. (*Il Progresso med.*, 15 octobre.) — Traitement des prolapsus du vagin et de l'utérus, par F.-A. KEKRER. (*Berl. klin. Woch.*, 11 septembre.) — Traitement des rétroflexions utérines, par TIPJAKOFF. (*Deut. med. Woch.*, 42, p. 1016.) — Une hystérectomie sus-vaginale par le procédé de Shröder pour une nouvelle indication (rétroversion), par V. LAURO. (*Riforma medica*, 23 oct.) — De l'hystéropexie par le procédé de Laroyenne, par BOUFFAUDEAU.

(*Thèse de Lyon.*) — De l'hystéropexie par le procédé de Laroyenne, manuel opératoire, par Condamin. (*Nouv. Arch. obst.*, 25 décembre.) — De l'hystéropexie par le procédé de Laroyenne, 20 observations, par Condamin. (*Arch. prov. de chir.*, III, 2.) — De la vagino-fixation de l'utérus par V. Knorre. (*Cent. f. Gynaek.*, 28 décembre.) — Forme rare de déchirure du col utérin (prolongement sus-vaginal avec ouverture du ligament large), par Kaltenbach. (*Berl. klin. Woch.*, 9 octobre.) — 2 cas d'utérus cloisonné, effets sur les conditions du travail, par Wheaton. (*Lancet*, 23 décembre.) — Nouvelle opération applicable à la sténose congénitale du col de l'utérus, par Pozzi. (*Ann. de gycéc.*, décembre.) — Traitement de la rupture de l'utérus, par Merz. (*Arch. t. Gynaek.*, XLV, 2.) — Extirpation de l'utérus après rupture utérine pendant le travail, par A. Bieganski. (*Gaz. lek.*, 18.) — Rupture de l'utérus et déchirure du col, par Kaltenbach. (*Deut. med. Woch.*, 43, p. 1033.)—Tumeurs fibreuses de l'utérus, par Boiffin. (Vol. in-12, Paris.)—Fibro-myome de l'utérus, par Hertoghe. (*Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, p. 207, octobre.) — A propos de fibromes utérins; deux erreurs de diagnostic, par Jacobs. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 septembre.) — Fibrome utérin. Salpingo-ovarite gauche; embolie pulmonaire, par Brindel. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 17 décembre.) — Les fibromes douloureux de l'utérus, par Quénu. (*Gaz. méd. Paris*, 2 déc.) — Myome de l'utérus, par Cornil. (*Soc. anat. Paris*, 10 nov.) — Régression d'un myome utérin, par Heidenhain. (*Berl. klin. Woch.*, 2 octobre.) — De l'emploi des crayons de chlorure de zinc dans les fibromes utérins, par Condamin et Repelin. (*Gaz. hebd. Paris*, 19 août.) — Traitement de certains fibromes utérins par les crayons au chlorure de zinc, par Repelin. (*Thèse de Lyon.*) — De la valeur de la castration ovarienne dans les fibromes utérins, par Levrat. (*Thèse de Lyon.*) — L'énucléation par la voie abdominale des fibromes utérins interstitiels et sous-muqueux, par Jaboulay. (*La médecine moderne*, 18 novembre.) — Technique de l'extirpation totale de l'utérus fibromateux, par Hartmann. (*Ann. de gynéc.*, décembre.) — Quelques opérations de myomes, par Löhlein. (*Deut. med. Woch.*, 45, p. 1134.) — Hystérectomie vaginale pour polype muqueux inclus dans l'utérus; guérison, par Rochet. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 novembre.) — Du pédicule rétro-péritonéal dans les opérations de myome par Hofmeier. (*Cent. f. Gynaek.*, 2 décembre.) — Deux cas d'hystérectomie abdominale à ligature élastique perdue, par Monod. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 22 octobre.) — Nouvelle méthode d'extirpation de l'utérus, par Schuchardt. (*Cent. f. Chir.*, 23 décembre.) — Hystérectomie par la méthode sacrée, par Briddon. (*Annals of surg.*, novembre.) — Hystérectomie vaginale totale, par Jacobs. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 décembre.) — Angiome caverneux de l'utérus, par Boldt. (*Americ. j. of obst.*, décembre.) — Sarcome diffus de la muqueuse utérine, par Coleman. (*Ibid.*, décembre.) — Sarcome kystique en grappe, de la muqueuse du col utérin, par Gayman. (*Thèse de Paris*, 27 décembre.) — Cancer du col de l'utérus, néphrite mécanique et infectieuse, dégénérescence graisseuse totale du foie avec noyau cancéreux ramolli simulant un abcès, par Gouget. (*Soc. anat. Paris*, 10 nov.) — Hystérectomie pour cancer du col combinée à une dissection abdominale et vaginale, par Richardson. (*Boston med. Journal*, 2 novembre.)

V

Vaccin. — Recherches sur la valeur des différentes préparations vaccinales, par Antony. (*Arch. de méd. milit.*, décembre.) — Cultures vaccinales et

vaccinine, par Ruete et C. Enoch. (*Deutsche med. Woch.*, 23, p. 547.) — La vaccine, par Buttersack. (*Ibid.*, 51, p. 1362.) — Résultats de la vaccination dans le royaume de Bavière en 1892, par Stumpf. (*Münch. med. Woch.*, 23, 44 et 45, pp. 811, 834 et 850.) — Néphrite aiguë après la vaccination, par Perl. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 juillet.) — L'immunisation spécifique des éléments anatomiques, par Centanni. (*Deutsche med. Woch.*, 43, p. 1061.)

Vagin. — Péri-vaginite simple, par Maher. (*Med. Soc. of the county of N.-York*, 25 décembre.) — Deux cas d'atrésie absolue acquise du vagin, par Kingman. (*Boston med. Journal*, 21 décembre.) — Recherches cliniques sur les ponctions des tumeurs inflammatoires des annexes par la voie vaginale, par Chassel. (*Wiener med. Wochensch.*, 52, 18, 92; et 1 à 9, 1893.) — Traitement des fistules vaginales, par Skutsch. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 septembre.)

Varicelle. — Sur les complications respiratoires de la varicelle, par Boucheron. (*Thèse de Paris*, 6 décembre.) — Varicelle anormale à forme gangréneuse, par Variot et Damseux. (*Journal de clinique infantile*, 1er novembre.)

Variole. — L'évolution de l'épidémie de variole dans la province de Liège, par Lambinon. (*Ann. Soc. méd. chir. Liége*, p. 193.) — Épidémie de variole à Fribourg, par Buman. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIII, 12, p. 774.) — Mort par variole à l'âge de 16 jours, par Nurjens. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, juillet.) — Variole et vaccine dans la grossesse, par Lop. (*Thèse de Paris*, 6 décembre.) — De la broncho-pneumonie variolique, par Auché. (*Arch. clin. Bordeaux*, décembre.) — Variole confluente. Hémiplégie gauche complète survenant dans la convalescence. Pleurésie purulente, empyème. Convulsions épileptiformes mortelles. Foyer de ramollissement encéphalique à l'autopsie, par Davezac. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 septembre.)

Veine. — Oblitération de la veine cave supérieure, par Beevor. (*London med. Soc.*, 27 novembre.) — Oblitération de la veine cave supérieure. Guérison par développement de la circulation collatérale, par J. Comby. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 15 décembre.) — Sur une modification dans l'opération de la fistule d'Eck entre la veine porte et la veine cave inférieure, par Pawlow. (*Arch. des sc. biol. St-Pétersbourg*, II, 4.) — Des plaies de la veine fémorale au niveau du ligament de Poupart, suites, traitement, par Niebergall. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVII, 3 et 4.) — Volumineuse dilatation de la veine saphène interne du côté droit; extirpation, par Villar. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 décembre.) — Troubles nerveux qui accompagnent et suivent les phlébites, par Marinco. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — Sur la ligature de la veine fémorale, par R. Trzebicki et St. Karpinski. (*Przegl. lek.*, 1-2.) — Phlébotomie viscérale du foie et du poumon, par Harley. (*Münch. med. Woch.*, 47, p. 887.) — De la ligature de la veine saphène interne dans la cure chirurgicale des varices, par Estienny. (*Thèse de Toulouse.*) — Du massage dans le traitement des ulcères variqueux, par Erdinger. (*Thèse de Bordeaux.*) — Nouveau procédé opératoire pour varicocèles, par A. Kœhler. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 décembre.)

Vessie. — Développement de la vessie et de l'urètre, par Reichel. (*Verhandl. phys. med. Ges. Würzburg*, XXVII, 4.) — De la production de

malformations de la vessie et de l'urètre, par Reichel. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 4.) — Guérison d'un épispadias total avec fissure du col de la vessie, par A. Rosenbaum. (*Deutsche med. Woch.*, 41, p. 996.) — 114 cas de calculs de la vessie opérés, comparaison des procédés employés, par Morgan. (*Med. chir. Transact*,, LXXIV, p. 85.) — Morceau de sonde devenant le noyau d'un calcul vésical, par Viertel. (*Deut. med. Woch.*, 21.) — Calculs enchatonnés de la vessie, par Pousson. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 décembre.) — Taille périnéale pour corps étranger de la vessie, par Barbier. (*Bourgogne méd.*, octobre.) — Troubles douloureux de la miction d'origine utérine, par Loumeau. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 décembre.) — — Traitement des hématuries, par Verhoogen. (*La Policl. Bruxelles*, 1er novembre.) — Contribution à l'étiologie microbienne de la cystite, par A. Huber. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er octobre.) — Fistule vésico-vaginale par un pessaire laissé à demeure trois mois, hernie de l'uretère à travers la fistule, par Wyder. (*Corresp. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 juillet.) — Procédé opératoire pour la réparation des vastes pertes de substances de la cloison vésico-vaginale et de l'urètre, par M. Pollosson. (*Nouv. Arch. d'Obst.*, 25 décembre.) — Guérison d'une blessure vésico-rectale, par Hensgen. (*Deutsche med. Woch.*, 25, p. 592.) — De la cystocèle inguinale, par Piquet. (*Thèse de Paris*, 27 décembre.) — Traitement chirurgical des ruptures traumatiques de la vessie, par Sexe. (*Thèse de Lyon.*) — Du traitement par l'électrolyse des tumeurs de la vessie, par Newman. (*Americ elect. ther. Assoc.*, 12 septembre.) — Papillome volumineux de la vessie, par Kops. (*Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, p. 235, novembre.) — Adénome inopérable de la vessie. Cystotomie sus-pubienne, par Audry. (*Mercredi médical*, 1er novembre.) — Contribution à l'étude des néoplasmes de la vessie, par W. Stankiewicz. (*Medycyna*, 21.) — Manuel opératoire de la cystostomie sus-pubienne, cysto-drainage hypogastrique, par Poncet. (*Semaine méd.*, 16 décembre.) — De la litholapaxie, surtout chez les enfants, par Dennys. (*Lancet*, 9 décembre.) — Taille et lithotritie; traitement des rétentions d'urine, par Guyon. (*France méd.*, 40, p. 625.) — Taille hypogastrique et suture immédiate de la vessie, par Schwartz. (*Journal des praticiens*, 57, p. 865.) — Trente cas de cystotomie péritonéale par un nouveau procédé, par N. Mayer. (*Progresso medico*, 15 novembre.) — De l'uretéro-cystonéostomie, par Bazy. (*Bull. Acad. Méd.*, et *Bulletin méd.*, 8 novembre.) — De la cystite, cystotomie dans la dysurie sénile, par Svensson. (*Arsber. fran Sabbatsbergs Sjukhus Stockholm*, p. 48.)

X

Xéroderme. — Xeroderma pigmentosum, par Tennesson et Danseux. (*Soc. franç. de dermat.*, 16 novembre.) — Xeroderma pigmentosum, par Unna. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1283.)

Z

Zona. — Zona et tuberculose, par Rendu. (*Presse méd.*, 23 décembre.) — Zona bilatéral de la 3e branche du trijumeau, par Palm. (*Soc. berlin. de derm.*, 4 juillet.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie **G. Masson**, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Les hernies inguinales de l'enfance (*Études de chirurgie infantile*), par le Dr G. Félizet, chirurgien de l'hôpital Tenon (enfants malades). (Un volume grand in-8 de xiii-422 pages, avec 73 figures.) — Prix : 10 francs.

Manuel de pathologie interne, par le Dr Dieulafoy, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, lauréat de l'Institut (Prix Montyon). *Septième édition*, publiée en *trois volumes* et augmentée de 500 pages. (3 volumes in-18 diamant, cartonnés à l'anglaise, tranches rouges.) — Prix : 20 francs.

Le choléra, par A. Lesage, chef de laboratoire à la Faculte de médecine et chef du laboratoire de bactériologie des hôpitaux de Paris. (Un volume petit in-8 de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire.*) — Prix : 2 fr. 50.

L'hygiène de la voix parlée et chantée, par A. Castex, ancien prosecteur et chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. (Un volume petit in-8 de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire.*) — Prix : 2 fr. 50.

Librairie **O. Doin**, 8, place de l'Odéon, Paris.

Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale, publiée sous la direction de MM. Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin, etc. et O. Terrillon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de la Salpêtrière.

Thérapeutique des maladies des organes respiratoires, par le Dr H. Barth, médecin de l'hôpital Broussais. (Un volume de 400 pages, avec figures).

Thérapeutique du diabète sucré, par le Dr L. Dreyfus-Brisac, médecin de l'hôpital Tenon. (Un volume de 250 pages.)

Thérapeutique des névroses, par P. Oulmont, médecin de l'hôpital Tenon. (Un volume de 350 pages.)

Thérapeutique obstétricale, par le Dr A. Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris. (Un volume in-18 jésus de 225 pages relié, avec 82 figures dans le texte.)

Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, par J. Moure. (Un volume in-18, cartonné diamant, de 602 pages,

*

avec 125 figures dans le texte et 4 planches hors texte, 2e *édition très augmentée.*) — Prix : 8 francs.

Traité des maladies de la bouche (*Pathologie interne*), *suivi d'un précis d'hygiène de cette cavité*, par le Dr E. MAUREL, agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. (In-8 de 400 pages.) — Prix : 8 francs.

Traité de pharmacologie clinique, par le Dr PENZOLDT, professeur à l'Université d'Erlangen ; traduit par les Drs HEYMANS et de LANTSHEERE. (Un volume grand in-8, cartonné, de 350 pages.) — Prix : 12 francs.

Traité des maladies épidémiques, par A. KELSCH, directeur de l'Ecole de santé militaire de Lyon, médecin principal de 1re classe de l'armée, membre de l'Académie de médecine, etc., etc. Tome I : *Épidémiologie générale. — Les phlegmasies catharrales saisonnières. — Les pyrexies saisonnières. — L'ictère essentiel. — La pleurésie. — Les pneumonies. — Le rhumatisme articulaire aigu. — La fièvre typhoïde. — Le typhus.* (Un volume grand in-18 de 560 pages, avec tracés.) — Prix : 12 francs. L'ouvrage sera complet en 2 volumes. — Le 2e volume est en cours d'impression.

Annuaire de thérapeutique, 6e année, 1893. (Un volume in-32, cartonné toile, de 360 pages.) — Prix : 2 francs.

Traité d'analyse chimique, micrographique et microbiologique des eaux potables, par A.-J. ZUNE, rédacteur en chef du *Moniteur du praticien*. (Un volume in-8 de 380 pages, avec 407 figures dans le texte et 2 planches hors texte, comprenant 96 figures coloriées.) — Prix : 10 francs.

Contribution à l'étude de la diphtérie. Diagnostic et étiologie, par le Dr Henri TÉZENAS DU MONTCEL. (In-8 de 76 pages.) — Prix : 2 fr. 50.

De l'influence des boissons alcooliques sur la genèse, la forme et l'évolution de la tuberculose pulmonaire, par le Dr Léonce AMAT ; avec une préface du Dr E. LANCEREAUX. (In-8 de 105 pages.) — Prix : 3 francs.

Études sur l'art dentaire. Recueil des différents travaux publiés dans la Revue odontologique de France, par Louis NUX, médecin dentiste à Toulouse. (In-8 de 45 pages.) — Prix : 1 franc.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le Dr E. MAUREL, médecin principal de la marine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse (*Applications à la méthode microbienne*). — Huitième et dernier fascicule : *Action des microbes pathogènes sur nos leucocytes.* Résumé général : *Essai sur la méthode microbienne.* (Un volume in-8 de 250 pages. — Prix : 2 fr. 50.

De la symphyséotomie, par le Dr Emile GOTCHAUX, moniteur à la Maternité de la Charité. (Un volume grand in-8 de 250 pages, avec tableaux). — Prix : 5 francs.

Compte rendu de chirurgie oculaire (année 1891). Statistique et analyse, par le Dr A. BOURGEOIS. (Une brochure de 24 pages.) — Prix : 1 franc.

Petit précis de thérapeutique oculaire usuelle, par le Dr A. BOURGEOIS. (Une brochure de 51 pages.) — Prix : 1 fr. 50.

Du traitement par l'électrolyse des déviations et éperons de la cloison du nez, par J. BERGONIÉ, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, et E.-J. MOURE, chargé du cours de laryngologie à la même Faculté. (In-8 de 70 pages, avec 20 figures.) — Prix : 2 fr. 50.

Librairie **Rueff et Cie**, boulevard Saint-Germain, 106, Paris.

Bibliothèque médicale Charcot-Debove. (Volume in-16, reliure d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50.

1° *État mental des hystériques. Les accidents mentaux*, par le Dr PIERRE JANET, ancien élève de l'École normale supérieure, professeur agrégé de philosophie au collège Rollin, docteur ès-lettres, docteur en médecine ; avec figures dans le texte. (Un volume.)

2° *Chirurgie du rein et de l'uretère*, par le Dr Félix LEGUEU, chef de clinique des maladies des voies urinaires à l'hôpital Necker. (Un volume.)

3° *La blennorragie chez la femme*, par le Dr VERCHÈRE, chirurgien de Saint-Lazare. (Deux volumes.)

4° *La coxalgie tuberculeuse et son traitement*, par le Dr V. MÉNARD, chirurgien de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, avec 20 figures en photogravure dans le texte. (Un volume).

5° *Traitement des affections de la peau*, par le Dr Paul de MOLÈNES, ancien interne des hôpitaux. Les formules ont été revues par le Dr A. BERLIOZ. (Deux volumes.)

Antisepsie et asepsie chirurgicales, par le Dr A. REVERDIN, professeur à la Faculté de médecine de Genève. (Un volume in-16, reliure d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50.

Cancer du sein, par MM. Ch. MONOD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine et Félix JAYLE, interne des hôpitaux. (Un volume in-16, reliure d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50.

Manuel de thérapeutique gynécologique, publié sous la direction de M. le Dr AUVARD, accoucheur des hôpitaux.

Cet ouvrage, conçu d'après un plan essentiellement nouveau, se compose de sept volumes format in-16 carré, reliure d'amateur, peau pleine souple, tranches dorées, qui peuvent être vendus séparément, formant par chacun d'eux un manuel complet relativement aux spécialités qu'il traite.

Ces volumes sont répartis comme suit :

Tome I : *Médications thérapeutiques*, par le Dr A. AUVARD. — Prix : 6 fr. 50 ; tome II : *Thérapeutique générale et hygiène*, par le Dr E. CAUBET. — Prix : 4 fr. 50 ; tome III : *Médications locales*, avec 35 figures dans le texte, par le Dr de KERVILLY. — Prix : 4 fr. 50 ; tome IV : *Opérations*, avec 112 figures dans le texte, par le Dr BERLIN. — Prix : 7 fr. 50 ; tome V : *Électricité*, avec 20 figures dans le texte, par le Dr TOUVENAINT. — Prix : 4 fr. 50 ; tome VI : *Massage*, avec figures dans le texte, par le Dr D'HOTMAN DE VILLIERS. — Prix : 4 fr. 50 ; tome VII : *Hydrothérapie et eaux minérales*, par le Dr OZENNE. — Prix : 4 fr. 50.

Les sept volumes réunis en un élégant carton. — Prix : 33 francs.

Les affections parasyphilitiques, par A. FOURNIER, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. (Un volume in-8, reliure d'amateur, peau pleine, souple, tête dorée.) — Prix : 10 francs.

Études sur les maladies nerveuses, par le Dr BLOCQ, chef des travaux

d'anatomie pathologique à la clinique des maladies du système nerveux de la Faculté, lauréat de la Faculté, de l'Académie de médecine et de l'Institut. (Un volume in-8, reliure d'amateur, peau pleine, souple, tête aluminium.) — Prix : 8 francs.

Traitement de la tuberculose par la créosote, par le Dr Burlureaux, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à l'École d'application du Val-de-Grâce, ouvrage couronné par l'Institut (Prix Bréant). (Un volume, reliure d'amateur (peau pleine souple, tête dorée.) — Prix : 10 francs.

Formulaire moderne ; traitements ; ordonnances ; médicaments nouveaux, par le Dr R. Vaucaire ; préface de M. Talamon, médecin des hôpitaux de Paris ; 2e édition revue, corrigée et augmentée. (Un fort volume in-18 de 700 pages, toile pleine.) — Prix : 4 francs.

Librairie **Baillière** et fils, rue Hautefeuille, 19, Paris.

Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches, par le Dr Vinay, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin de la Maternité de l'Hôtel-Dieu. (Un volume grand in-8 de 850 pages, avec 300 figures.) — Prix : 16 francs.

L'Électricité moyen de diagnostic en gynécologie, par le Dr J. Houdart, de la Faculté de Paris. (Grand in-8, 136 pages.) — Prix : 3 fr. 50.

Rapports de la tuberculose génitale chez l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses. Quelques résultats éloignés de la castration, par le Dr Eugène Villard, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon. (Paris, 1894, grand in-8, 139 pages.) — Prix : 3 fr. 50.

Traité élémentaire de physique biologique, par Armand Imbert, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. (Un volume in-8 avec 450 figures.) — Prix : 14 francs.

Bibliographie gynécologique. Catalogue d'occasion, ouvrages anciens et modernes sur les maladies des femmes. (Brochure in-8 de 40 pages à deux colonnes.) — Gratis et franco à tout médecin qui en fait la demande aux éditeurs.

Librairie **Félix Alcan**, boulevard Saint-Germain, 108, Paris.

Petit manuel d'anesthésie chirurgicale, par Félix Terrier, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris et M. Péraire, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Un volume in-18, avec 37 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise.) — Prix : 3 francs.

Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales. (Un volume in-18 avec 70 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise.) — Prix : 3 francs.

Les maladies du soldat. Étude étiologique, épidémiologique, clinique et prophylactique, par le Dr A. Marvaud, médecin principal de 1re classe de l'armée, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce. (Un fort volume grand in-8.) — Prix : 20 francs. (Ouvrage couronné par l'Académie des sciences, prix Montyon.)

Librairie **G. Steinheil**, rue Casimir-Delavigne, 2.

Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale, par les Drs Paul Le Gendre, médecin des hôpitaux et A. Broca, chirurgien des hôpitaux. (Un volume in-8 de 664 pages, avec un formulaire et un tableau posologique, gravures dans le texte, cartonné toile lisse à biseau, tête bleue.) — Prix 14 francs.

Épidémies cholériques de Marseille et de Barrème (1892-93) ; *le rôle de l'eau dans la transmission du choléra*, par Émile Cassoute.

Librairie **Dentu**, place de Valois.

Microzymas et microbes. Communications à l'Académie de médecine, par Béchamp.

Hamelin, Montpellier.

Le gonocoque, bactériologie, clinique, médecine légale, par le Dr Pierre Bosc.

Société belge de librairie, Bruxelles.

Les sanatoria pour le traitement de la phtisie, par le Dr Moeller, avec gravures.

Lamertin, Bruxelles.

La trépanation du crâne, histoire, technique opératoire, indications et contre indications, résultats, par le Dr Léon Gallez.

De l'intervention chirurgicale dans la splanchnoptose, par le Dr Depage.

Macmillan and Co, Londres.

Aero-therapeutics or the treatment of lung diseases by climate, being the Lumleian lectures for 1893 ; by Charles-Theodore Williams. (In-8 200 pages.)

William Wood, New-York.

Brain surgery, par A. STARR. (Grand in-8, 295 pages, 59 figures, 1893.)

James Maclehose, à Glasgow.

Pyogenic infective diseases of the brain and spinal cord, par W. MACEWEN. (Grand in-8, 354 pages, 60 figures, 1893.)

Librairie **A. Constable**, Édimbourg.

Atlas of clinical medicine, by Byrom BRAMWELL. (Volume II, part 3.)

Guin et C°, Boston.

Preliminary observations on some changes caused in the nervous tissues by reagents commonly employed to harden them, by Henry H. DONALDSON.

Detken, Naples.

Ricerche istologiche sulla sifilide intestinale, par R. STANZIALE.

Librairie **Gustave Fischer**, à Iéna.

Die Beriberi-Krankheit, par SCHEUBE.

LE GÉRANT : G. MASSON.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl) 2.4.94



